



Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007-2008

SENATE OF CANADA

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

Proceedings of the Subcommittee on

Population Health

Chair:

The Honourable WILBERT J. KEON

Wednesday, February 6, 2008
Wednesday, February 13, 2008
Wednesday, February 27, 2008
Wednesday March 5, 2008 (in camera)
Wednesday March 12, 2008 (in camera)

Issue No. 3

**Sixth, seventh, eighth, ninth
and tenth 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

INCLUDING:

THE FIRST REPORT OF THE SUBCOMMITTEE
(Population Health Policy:
International Perspectives)

(Seventh Report of the Standing Senate Committee
on Social Affairs, Science and Technology)

THE SECOND REPORT OF THE SUBCOMMITTEE
(Maternal Health and Early Childhood
Development in Cuba)
(Eighth Report of the Standing Senate Committee on Social
Affairs, Science and Technology)

WITNESSES:

(See back cover)

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007-2008

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 6 février, 2008
Le mercredi 13 février 2008
Le mercredi 27 février 2008
Le mercredi 5 mars 2008 (à huis clos)
Le mercredi 12 mars 2008 (à huis clos)

Fascicule n° 3

**Sixième, septième, huitième, neuvième
et dixième réunions concernant :**

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

Y COMPRIS :

LE PREMIER RAPPORT DU SOUS-COMITÉ
(Les politiques sur la santé de la population :
Perspective internationale)

(Le septième rapport du Comité sénatorial permanent
des Affaires sociales, des sciences et de la technologie)

LE DEUXIÈME RAPPORT DU SOUS-COMITÉ
(La santé maternelle et le développement
de la petite enfance au Cuba)
(Le huitième rapport du Comité sénatorial permanent des
Affaires sociales, des sciences et de la technologie)

TÉMOINS :

(Voir à l'endos)

THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Brown	Cook
Callbeck	Fairbairn, C.P.
Cochrane	

(Quorum 3)

Changes in membership of the subcommittee:

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

The name of the Honourable Senator Brown substituted for that of the Honourable Senator Segal (*February 12, 2008*)

The name of the Honourable Senator Segal substituted for that of the Honourable Senator Brown (*February 14, 2008*)

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	Cook
Callbeck	Fairbairn, C.P.
Cochrane	

(Quorum 3)

Modifications de la composition du sous-comité :

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

Le nom de l'honorable sénateur Brown est substitué à celui de l'honorable sénateur Segal (*le 12 février 2008*)

Le nom de l'honorable sénateur Segal est substitué à celui de l'honorable sénateur Brown (*le 14 février 2008*)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, February 6, 2008
(7)

[*English*]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:12 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

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

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

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

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

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

WITNESSES:

Ontario Ministry of Health Promotion:

Pegeen Walsh, Director, Chronic Disease Prevention.

Toronto Central Local Health Integration Network:

Laura Pisko-Bezruchko, Senior Director, Planning.

University of Ottawa Heart Institute:

Dr. Andrew Pipe, Medical Director, Prevention and Rehabilitation Centre.

Ms. Walsh, Ms. Pisko-Bezruchko and Dr. Pipe each made a statement and responded to questions.

At 6:16 p.m., pursuant to rule 92(2)(f), the subcommittee proceeded in camera to consider draft reports.

It was moved:

That the subcommittee adopt the draft reports on the Cuba fact-finding trip and on international population health policies and that these draft reports be reported to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

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

At 6:24 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 6 février 2008
(7)

[*Traduction*]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 12, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

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

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

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

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

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

TÉMOINS :

Ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario :

Pegeen Walsh, directrice, Prévention des maladies chroniques.

Réseau d'intégration des services de santé de Toronto :

Laura Pisko-Bezruchko, directrice principale de la Planification.

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa :

Dr Andrew Pipe, directeur médical, Centre de prévention et réadaptation.

Mmes Walsh et Pisko-Bezruchko ainsi que le Dr Pipe font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

À 18 h 16, conformément à l'alinéa 92(2)(f) du Règlement, le sous-comité se réunit à huis clos pour examiner des ébauches de rapport.

Il est proposé :

Que le sous-comité adopte les ébauches de rapport sur la mission d'enquête réalisée à Cuba et les politiques internationales en matière de santé des populations, et que ces ébauches de rapport soient remises au Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

À 18 h 24, il est convenu que le comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, Wednesday, February 13, 2008
(8)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:06 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

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

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 subcommittee continued its examination on the social determinants of health.

WITNESSES:

Canadian Institute for Health Information (CIHI):

Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer;
Keith Denny, Acting Manager.

University of Manitoba:

Noralou Roos, Professor, Faculty of Medicine.

Ms. Yeates and Ms. Roos each made a statement, and with Mr. Denny, responded to questions.

At 5:27 p.m., pursuant to rule 92(2)(e), the subcommittee proceeded in camera to consider a draft agenda.

At 5:35 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, February 27, 2008
(9)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:16 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

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

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

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

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

OTTAWA, le mercredi 13 février 2008
(8)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 6, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

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

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

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

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

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

TÉMOINS :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) :

Glenda Yeates, présidente-directrice générale;
Keith Denny, gestionnaire intérimaire.

Université du Manitoba :

Noralou Roos, professeure, Faculté de médecine.

Mmes Yeates et Roos font chacune une déclaration puis, aid  es de M. Denny, répondent aux questions.

   17 h 27, conformément à l'alinéa 92(2)e) du Règlement, le sous-comité se réunit à huis clos pour examiner une ébauche d'ordre du jour.

   17 h 35, il est convenu que le comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 27 février 2008
(9)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 16, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

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

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

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

Aussi présents : Les sténographes officiels du S  nat.

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

WITNESSES:

Public Health Agency of Canada:

Jim Ball, Director General, Strategic Initiatives and Innovations.

Treasury Board of Canada:

Sally Thornton, Indian Affairs and Health.

Finance Canada:

Yves Giroux, Acting Director, Social Policy.

Mr. Ball made a statement and, with Ms. Thornton and Mr. Giroux, responded to questions.

At 5:19 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, March 5, 2008
(10)

[English]

The Subcommittee on Population Health met in camera this day at 4:20 p.m., in room 705, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

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

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

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

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

Pursuant to rule 92(2)(f), the subcommittee met in camera to consider a draft report.

It was moved:

That the Subcommittee on Population Health adopt the draft report entitled *Population Health Policy: Federal, Provincial and Territorial Perspectives* subject to minor editorial changes approved by the chair and the inclusion of a brief final section prepared by the chair, and that the report be forwarded to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

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

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

TÉMOINS :

Agence de santé publique du Canada :

Jim Ball, directeur général, Direction des initiatives stratégiques et de l'innovation.

Conseil du Trésor du Canada :

Sally Thornton, Affaires indiennes et santé.

Finances Canada :

Yves Giroux, directeur intérimaire, Politique sociale.

M. Ball fait une déclaration, puis, aidé de Mme Thornton et M. Giroux, répond aux questions.

À 17 h 19, il est convenu que le comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 5 mars 2008
(10)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui à huis clos, à 16 h 20, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

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

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

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

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

Conformément à l'alinéa 92(2)f) du Règlement, le sous-comité se réunit à huis clos pour examiner une ébauche de rapport.

Il est proposé :

Que le Sous-comité sur la santé des populations adopte l'ébauche de rapport intitulée *Politiques sur la santé de la population : Perspectives fédérale, provinciale et territoriale*, sous réserve de légers changements de pure forme approuvés par le président et de l'ajout d'une brève section finale préparée par ce dernier, et que le rapport soit remis au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

At 5:05 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, March 12, 2008
(10)

[*English*]

The Subcommittee on Population Health met in camera this day at 4:05 p.m., in room 705, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

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

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 subcommittee continued its examination on the social determinants of health.

Pursuant to rule 92(2)(f), the subcommittee met in camera to consider draft reports.

It was moved:

That notwithstanding the conditional adoption of the report by the subcommittee on March 5, 2008, the subcommittee adopt an amended report entitled *Population Health Policy: Federal, Provincial and Territorial Perspectives* and that this amended report be forwarded to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

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

At 4:45 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

À 17 h 5, il est convenu que le comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 12 mars 2008
(10)

[*Traduction*]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui à huis clos, à 16 h 5, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

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

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

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

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

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

Conformément à l'alinéa 92(2)f) du Règlement, le sous-comité se réunit à huis clos pour examiner des ébauches de rapports.

Il est proposé :

Que, bien que le comité ait adopté le rapport sous condition le 5 mars 2008, ce dernier adopte un rapport modifié intitulé *Politiques sur la santé de la population : Perspectives fédérale, provinciale et territoriale* et qu'il le remette au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

À 16 h 45, il est convenu que le comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Barbara Reynolds

Clerk of the Committee

REPORTS OF THE COMMITTEE

Tuesday, February 26, 2008

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to table its

SEVENTH REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 to examine and report on issues concerning 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, now tables its first interim report entitled *Population Health Policy: International Perspectives*.

Respectfully submitted,

Tuesday, February 26, 2008

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to table its

EIGHTH REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 to examine and report on issues concerning 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, now tables its second interim report entitled *Maternal Health and Early Childhood Development in Cuba*.

Respectfully submitted,

Le président,

WILBERT J. KEON

Chair

(Text of the report appears following the evidence.)

RAPPORTS DU COMITÉ

Le mardi 26 février 2008

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de déposer son

SEPTIÈME RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le mardi 20 novembre, 2007 à examiner, pour en faire rapport, les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, dépose maintenant son premier rapport intérimaire intitulé *Politiques sur la santé de la population : Perspective internationale*.

Respectueusement soumis,

Le mardi 26 février 2008

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de déposer son

HUITIÈME RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le mardi 20 novembre, 2007 à examiner, pour en faire rapport, les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, dépose maintenant son deuxième rapport intérimaire intitulé *La santé maternelle et le développement de la petite enfance à Cuba*.

Respectueusement soumis,

(Le texte du rapport paraît après les témoignages.)

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, February 6, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:12 p.m. to examine and report 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 hear from Pegeen Walsh, Director of Chronic Disease Prevention from the Ontario Ministry of Health Promotion; Dr. Andrew Pipe, Medical Director of the Minto Prevention and Rehabilitation Centre at the University of Ottawa Heart Institute; and Laura Pisko-Bezruchko, Senior Director of Planning from the local Local Health Integration Network, or LHIN, in Toronto.

Pegeen Walsh, Director, Chronic Disease Prevention, Ontario Ministry of Health Promotion: Thank you, Mr. Chairman. I am delighted to be here. I was thinking about history today as I was walking up to Parliament Hill, and I was thinking back to being a 23-year-old walking through the halls of the Senate for a job interview as a parliamentary intern. I remember looking at all the portraits of those who have gone before. It was helpful to think about history, because Canada has been a leader in health promotion. Health promotion offers us a lot of helpful strategies to address health disparities. We have that opportunity to be leaders again.

You have been hearing about lot of innovation across the country, and here in Ontario, some being supported by government and led by government, and many exciting community initiatives. I know you have had a chance to look at some remarks that I will offer today, and I will highlight some of those points that I have shared with you already.

As mentioned, I am with the Ontario Ministry of Health Promotion. I want to talk about some of the innovative things we are supporting, as well as things happening elsewhere in the Ontario government, and offer some recommendations.

Two and a half years ago, Premier McGuinty realized that health is more than health care. I was interested to see, Mr. Chairman, that you were involved in producing the Kirby report. As we saw from that report, your committee did extensive research on the health care system and recognized, in the last chapter of that report, that many other factors affect health. Our premier realized that if we do not start thinking about the aging population and the increasing number of chronic diseases and find more innovative ways to address health, we

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 6 février 2008

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

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

[*Traduction*]

Le président : Chers collègues, nous sommes heureux d'accueillir aujourd'hui Mme Pegeen Walsh, directrice de la Prévention des maladies chroniques du ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario; le Dr Andrew Pipe, directeur médical du Centre de prévention et réadaptation Minto à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa; et Mme Laura Pisko-Bezruchko, directrice principale de la planification du Réseau local d'intégration des services de santé, ou RLISS, à Toronto.

Pegeen Walsh, directrice, Prévention des maladies chroniques, ministère de la Santé de l'Ontario : Merci, monsieur le président. Je suis heureuse d'être ici. En remontant la Colline du Parlement aujourd'hui, je me remémorais des souvenirs et je me suis revue à l'âge de 23 ans, traversant les couloirs du Sénat pour une entrevue d'emploi comme stagiaire parlementaire. Je me rappelle avoir regardé les portraits de tous vos prédécesseurs. Il s'est avéré utile de faire un retour en arrière, car le Canada a été un chef de file en matière de promotion de la santé. Ce secteur nous offre de nombreuses stratégies utiles pour réduire les disparités sur le plan de la santé. Nous avons la possibilité de redevenir un chef de file.

Vous avez entendu parler de nombreuses initiatives communautaires intéressantes ainsi que d'une foule de programmes novateurs partout au pays dont certains, ici en Ontario, sont financés et dirigés par le gouvernement. Je sais que vous avez eu l'occasion de jeter un coup d'œil aux observations que je formulerai aujourd'hui, et je vais souligner certains des points que j'ai déjà abordés avec vous.

Comme on l'a dit, je représente le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario. Je veux parler de quelques-unes des mesures novatrices que nous appuyons, ainsi que des initiatives menées ailleurs au sein du gouvernement de l'Ontario, et formuler quelques recommandations.

Il y a deux ans et demi, le premier ministre McGuinty s'est aperçu que la santé, c'est plus que les soins de santé. J'ai appris avec intérêt, monsieur le président, que vous avez participé à la production du rapport Kirby. Comme nous l'avons vu dans celui-ci, votre comité a effectué des recherches approfondies sur le système de soins de santé et a reconnu, dans le dernier chapitre du rapport, que bien d'autres facteurs influent sur la santé. Notre premier ministre s'est rendu compte que si nous ne commençons pas à penser au vieillissement de la population et

will see the 42 per cent of Ontario's budget already spent on health care increase, consuming more and more provincial resources.

Our current initiative was created two and a half years ago using concepts coming out of the Ottawa Charter and the Bangkok Charter: population health concepts, health promotion strategies, and the ability to be that champion of health promotion and to create a culture of health and well-being. There was recognition that to achieve that goal, we would need to work in partnership, not only across the provincial government or with other levels of government but with various other sectors as well. We are about 140 people with a \$400-million budget, focussing on areas like healthy eating, active living, tobacco control, chronic disease prevention and management, mental health and injury. We also provide support to the public health system in Ontario. I will talk about that in a few minutes. That is a critical partnership for addressing health disparities.

In my remarks, I highlight some different initiatives that are happening in Ontario. Two years ago, we launched a healthy eating, active living plan, recognizing how critical it is that people have information about how to eat and make healthy choices. We created something called EatRight Ontario. EatRight Ontario is a free information service. By phone or online, Ontario's citizens are able to have access to registered dietitians so they can get firsthand knowledge of how to address their eating issues. This is especially important because Ontario has one of the lowest number, per capita, of registered dietitians in the country. Especially for those living in remote or rural areas, having that access is critical.

You might also have heard about our northern fruit and vegetable pilot project. We know there are children in parts of Northern Ontario who are not eating enough fruits and vegetables for proper growth and development. It is important for kids to be able to taste and experience fruits and vegetables so that they can make those items part of their daily diet. Working with the Ontario fruit and vegetable growers, public health and school boards, we launched an initiative a year and a half ago and are now reaching up to 12,000 children in northern Ontario in elementary school, who are getting three servings a day of fruits and vegetables, mainly Ontario grown. They are not only receiving those fruits and vegetables but are having a chance to learn about the importance of fruits and vegetables in their diet; their parents are also being exposed to that educational material, and it is being incorporated into the curriculum.

au nombre croissant de maladies chroniques, et à trouver de nouveaux moyens novateurs d'aborder les questions liées à la santé, les 42 p. 100 du budget de l'Ontario déjà consacrés aux soins de santé augmenteront, ce qui absorbera une part de plus en plus importante des ressources provinciales.

Notre initiative actuelle a été créée il y a environ deux ans et demi en s'inspirant de concepts tirés de la Charte d'Ottawa et la Charte de Bangkok : notions de santé des populations, stratégies de promotion de la santé et capacité de se faire le grand défenseur de la promotion de la santé et création d'une culture de la santé et du bien-être. On a reconnu que pour atteindre ce but, il nous faudrait travailler en partenariat non seulement avec des intervenants du gouvernement provincial ou d'autres paliers de gouvernement, mais aussi avec différents secteurs. Nous sommes 140 personnes à peu près qui travaillons à cette initiative de 400 millions de dollars qui met l'accent sur des domaines comme une saine alimentation, une vie active, la lutte contre le tabagisme, la prévention et la gestion des maladies chroniques, la santé mentale et les blessures. Nous offrons également notre soutien au système de santé publique en Ontario. J'y reviendrai dans quelques minutes. Ce partenariat est indispensable pour réduire les disparités sur le plan de la santé.

Dans ma déclaration, je souligne différentes initiatives qui sont menées en Ontario. Il y a deux ans, nous avons lancé un plan en faveur d'une saine alimentation et d'une vie active, reconnaissant toute l'importance que les gens aient de l'information sur la façon de manger sainement et de faire des choix santé. Nous avons créé SaineAlimentation Ontario, un service qui offre de l'information gratuite. Les résidents de l'Ontario peuvent consulter des diététistes par téléphone ou par courriel et obtenir des renseignements de première main sur la manière de régler leurs problèmes liés à l'alimentation. C'est d'autant plus important que l'Ontario est l'une des provinces qui compte le moins de diététistes par habitant au pays. Ce service est indispensable, particulièrement pour les gens des régions rurales ou éloignées.

Vous avez peut-être aussi entendu parler de notre programme pilote de consommation de fruits et de légumes dans le Nord. Nous savons qu'il y a des jeunes dans certaines régions du Nord de l'Ontario qui ne consomment pas de fruits et de légumes en quantités suffisantes pour garantir une croissance et un développement adéquats. Il est important que les enfants puissent goûter aux fruits et aux légumes pour pouvoir les intégrer à leur alimentation quotidienne. En collaboration avec les producteurs de fruits et de légumes de l'Ontario, les services de santé publique et les conseils scolaires, nous avons lancé une initiative il y a un an et demi grâce à laquelle jusqu'à 12 000 enfants de l'élémentaire dans le Nord de l'Ontario reçoivent quotidiennement trois portions de fruits et de légumes, cultivés principalement en Ontario. Ils reçoivent non seulement ces fruits et ces légumes, mais ont également l'occasion d'apprendre l'importance d'incorporer des fruits et des légumes dans leur alimentation; leurs parents sont aussi en contact avec ce matériel didactique, qui est intégré au programme d'études.

We have also been looking at ways to remove barriers to physical activity. We know it can be difficult if children do not have access to recreational facilities, equipment or support. Through our Communities in Action Fund, we have supported over a million children through different kinds of initiatives, and you can see a list of the groups we are working with. We are especially excited by work that Parks and Recreation Ontario are doing as they look across the province to see what policies need to be in place to remove barriers to physical activity.

In the area of tobacco control, we are not only working on the programming front but on policies as well. For example, last spring we were able to remove the retail sales tax so that we could make tobacco cessation aids more affordable. We are also working with community health centres and Aboriginal health access centres because they have terrific connections into communities that have a lot of barriers accessing services, and they are not only providing free access to those cessation aids but also providing counselling as well. I am sure you will hear from my colleague about some of the work that has been taking place in the hospital setting around tobacco control.

I mentioned our role vis-à-vis public health. Our ministry provides 50 per cent of the funding that goes to the public health system for those programs that are in the health promotion domain. Recently, we have been working with the 36 public health units across Ontario to update the standards that guide their work. When you have a chance to see those, and the new standards are available on line, you will see that woven throughout is a recognition of the critical role of the determinants of health. Unless we start tackling those other factors such as income, employment, healthy child development and working with a range of sectors in those other determinants, we will not see the kind of improvement in health status that is needed. Some 7,000 professionals in the public health system are poised and ready, and for a long time have been making significant progress on reducing health disparity.

In Ontario, we have a unique system of health promotion resource centres that provide support to those working in the health promotion domain. They provide resources, information about effective practices, training and consultation services. For many of those who are new to health promotion, they are able to provide on-line courses around the concept of population health and understanding the determinants of health and how to find effective strategies for putting those concepts into practice.

I have described some of the work of our new Ministry of Health promotion, but as I mentioned at the beginning, it is critical that we work in partnership with others because we know so many of those other factors affect health. I want to touch on some of the initiatives that are happening elsewhere in the Ontario government, whether in the area of education, children and youth, Ministry of Health or work that is under way around poverty and equity.

Nous avons également examiné des façons d'éliminer les obstacles à l'activité physique. Nous savons que ce peut être difficile si les enfants n'ont pas accès à des installations récréatives, de l'équipement ou du soutien. Grâce à notre Fonds Collectivités actives, nous avons aidé plus d'un million d'enfants par l'entremise de différents types d'initiatives, et vous avez d'ailleurs une liste des groupes avec qui nous avons collaboré. Nous sommes particulièrement ravis du travail que Parcs et Loisirs Ontario effectue puisqu'il vérifie partout dans la province où doivent être mises en place des politiques pour éliminer les obstacles à l'activité physique.

En matière de lutte contre le tabagisme, nous travaillons non seulement à établir des programmes, mais aussi des politiques. Par exemple, au printemps dernier, nous avons réussi à supprimer la taxe de vente au détail sur les auxiliaires pour cesser de fumer pour les rendre plus abordables. Nous collaborons également avec des centres de santé communautaire et des centres de soins de santé autochtones parce qu'ils travaillent directement avec des collectivités confrontées à de nombreux obstacles à l'accès aux services, et qu'ils offrent non seulement gratuitement ces produits pour cesser de fumer, mais aussi du counseling. Je suis persuadée que mon collègue vous parlera d'une partie du travail qui se fait en milieu hospitalier pour lutter contre le tabagisme.

J'ai parlé de notre rôle à l'égard de la santé publique. Notre ministère fournit 50 p. 100 du financement qui est injecté dans le système de santé publique pour ces programmes de promotion de la santé. Récemment, nous avons travaillé avec 36 bureaux de santé partout en Ontario pour mettre à jour les normes qui régissent leur travail. Quand vous aurez l'occasion d'examiner ces normes, qui sont affichées en ligne, vous constaterez qu'elles reconnaissent désormais le rôle crucial des déterminants de la santé. À moins de commencer à nous attaquer aux autres facteurs tels que le revenu, l'emploi, le bon développement des enfants et à travailler avec divers autres secteurs sur ces derniers, les améliorations nécessaires dans le secteur de la santé ne se réaliseront pas. Quelque 7 000 professionnels dans le système de soins de santé sont prêts et font depuis longtemps d'énormes progrès pour réduire les disparités sur le plan de la santé.

En Ontario, nous avons un réseau exceptionnel de centres de ressources qui offrent du soutien aux personnes œuvrant dans le domaine de la promotion de la santé. Ces centres fournissent des ressources, information sur les pratiques efficaces, formation et services de consultation. Pour bien des gens qui ne sont pas familiers avec la promotion de la santé, les centres offrent des cours en ligne sur le concept de la santé des populations, les déterminants de la santé et la façon de trouver des stratégies efficaces pour mettre ces concepts en pratique.

J'ai décrit une partie du travail que fait notre nouveau ministère de la Promotion de la santé mais, comme je l'ai mentionné au début, nous devons absolument travailler en partenariat, car nous savons que tant de ces autres facteurs ont une incidence sur la santé. Je veux aborder quelques-unes des initiatives qui sont menées actuellement ailleurs au gouvernement de l'Ontario, que ce soit les travaux sur la pauvreté et l'équité ou l'éducation, l'enfance et la jeunesse, et la santé.

For the last decade, our colleagues in the Ministry of Children and Youth have been supporting something called Best Start and Healthy Babies, Healthy Children. This is a universal program that is screening all new moms to ensure that they get the supports they need to promote the healthy growth and development of their children.

As a result of the coming into force of the Health Systems Integration Act, the Ministry of Health will now be devising a 10-year plan for health. In this plan, it will set out goals, outcomes and strategies. This is critical because once the ministry starts defining those goals and looking at health outcomes, one cannot help but start peeling those layers off the onion, looking at root causes and realizing that more investment in health care will not necessarily improve health status.

The fascinating thing about the development of this plan is that, during consultations, as they travelled across Ontario and heard from thousands of groups and individuals, the overwhelming response was that there needs to be more emphasis on keeping people healthy, preventing disease and focusing on health promotion strategies. This response came also from those who had no history or involvement in health promotion.

The province, in recognizing this goal, has also been doubling the number of community health centres, which take a more holistic and integrated approach to health, working at the community level with a range of health professionals. The government has made a commitment to a \$150 million chronic disease prevention and management strategy. Work is under way to look at implementing that commitment.

In the last year, the Ministry of Health has created an Equity Unit. The purpose of that unit is to look at the strategies needed to reduce barriers to health and human services, and work with ministries across the provincial government.

You may also have heard about the creation of a new agency called the Ontario Health Protection and Promotion Agency. This unit will provide us with a locus of expertise, not only to look at issues of infectious disease but, more important, on how to keep people healthy, and how to have that scientific expertise and knowledge about health promotion and strategies for reducing health disparities.

The Ministry of Education has been working very closely with us around a foundation for building healthy schools. For the first time, we have created a table bringing together those in the education sector with those in the health sector to look at ways to start using the school setting as a means for promoting health. As well, the government is committed to improving graduation rates, supporting at-risk communities and a number of other initiatives outlined in my remarks.

Depuis une dizaine d'années, nos collègues au ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse appuient les initiatives appelées Meilleur départ et Bébés en santé, enfants en santé. Il s'agit d'un programme universel qui repère toutes les nouvelles mères pour s'assurer qu'elles obtiennent l'aide dont elles ont besoin pour favoriser la saine croissance et le développement de leur enfant.

Par suite de l'entrée en vigueur de la Loi prévoyant l'intégration du système local de prestation des services de santé, le ministère de la Santé élaborera un plan décennal pour la santé. Celui-ci énoncera des buts, des résultats et des stratégies. C'est important, car une fois que le ministère commence à définir ces buts et à se pencher sur des résultats pour la santé, on ne peut faire autrement que se mettre à décortiquer le problème, à en examiner les causes profondes et à se rendre à l'évidence qu'investir davantage dans les soins de santé n'améliorera pas nécessairement l'état de santé.

Ce qui est fascinant à propos de ce plan, c'est que durant les consultations, quand les délégués ont sillonné l'Ontario pour entendre l'avis de milliers de groupes et d'individus, la majorité des gens ont évoqué la nécessité d'axer davantage les efforts sur le maintien de la santé des gens, la prévention des maladies et des stratégies de promotion de la santé. Même ceux n'ayant jamais œuvré dans le domaine de la promotion de la santé l'ont dit.

La province, en reconnaissant ce but, a aussi doublé le nombre de centres de santé communautaires, qui adoptent une approche plus globale et intégrée à l'égard de la santé en travaillant dans les collectivités avec un éventail de professionnels de la santé. Le gouvernement s'est engagé à élaborer une stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques de 150 millions de dollars. On s'emploie actuellement à mettre en œuvre cet engagement.

L'année dernière, le ministère de la Santé a créé une section en matière d'équité. Elle a pour but d'étudier les stratégies nécessaires pour réduire les obstacles aux services sanitaires et sociaux et de travailler avec d'autres ministères du gouvernement provincial.

Vous avez peut-être aussi entendu parler de la création d'un nouvel organisme appelé l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé. Celle-ci nous fournira une source d'expertise pour étudier des problèmes liés aux maladies infectieuses, mais plus important encore, elle nous informera sur la façon de maintenir les gens en bonne santé, d'acquérir les compétences et connaissances scientifiques en matière de promotion de la santé et de stratégies pour réduire les disparités sur le plan de la santé.

Le ministère de l'Éducation collabore très étroitement avec nous pour bâtir des écoles favorisant la santé des élèves. Pour la première fois, nous avons mis sur pied une table ronde regroupant des représentants des secteurs de l'éducation et de la santé pour examiner des façons de mettre à contribution le milieu scolaire afin de promouvoir la santé. Par ailleurs, le gouvernement est déterminé à améliorer les taux d'obtention de diplôme, à venir en aide aux collectivités à risque et à contribuer à un certain nombre d'autres initiatives que j'ai mentionnées.

Committee members may have been reading in the paper recently that a new cabinet committee has commenced looking at issues of poverty. This committee is tasked with setting targets and indicators. It is early days for that committee, but they will be looking at the role of different ministries across the provincial government and what more needs to be done to reduce poverty and provide opportunities for Ontarians. As part of that, there is also a commitment to a dental program for low-income Ontarians.

Honourable senators, that gives you a picture of our ministry and some of the things that are happening within the Ontario government. I would like to take a few minutes to offer some recommendations for consideration by your committee.

While health is primarily a provincial jurisdiction, the federal government has many levers at its disposal. It can support new policies; it can provide funding; it can support evaluation and research and generate new knowledge of what is working. Most important, it can create collaborative mechanisms. Often such mechanisms are overlooked in terms of collaboration because they do not necessarily provide a program or initiative where people can stand back and say "Look at what we have created." However, by creating those mechanisms that bring people together, it can build on synergies and exchange knowledge.

Looking at my colleague, Dr. Pipe, I am thinking about the work that has taken place in tobacco control. The infrastructure that was thus created allowing for local, regional and provincial planning has permitted significant progress to be achieved. It would be helpful to not only build on the federal-provincial-territorial mechanisms that exist but also to look at what kind of collaborative mechanism across the federal government can bring departments together for joint planning and best use of resources.

Ontario has been calling for the national government to invest in an infrastructure program because we need those facilities to increase access to recreational programming. We also would like to see a revival of the Pan-Canadian Healthy Living Strategy, something the federal government started several years ago that really used population health concepts and reducing health disparities as its foundation. Unfortunately, we seem to have moved to more disease-specific strategies and value more an integrated approach to tackling chronic disease prevention.

As I mentioned at the beginning of my remarks, we had the minister of Health Canada in 1974, Marc Lalonde, who provided a report on new perspectives of health. That report laid out many of the answers to the questions on which this committee is now deliberating.

Then we had Canada at the forefront, working with the World Health Organization in 1986, bringing health promoters from around the world together to create the Ottawa Charter, which has been confirmed in subsequent meetings as providing that road map for the way ahead.

Vous avez peut-être lu dans les journaux récemment qu'un nouveau comité du Cabinet a entrepris d'étudier les problèmes liés à la pauvreté. Il a pour mandat de fixer des objectifs et des indicateurs. Il vient de commencer, mais il examinera le rôle des différents ministères du gouvernement provincial et les mesures qu'il convient de prendre pour réduire la pauvreté et offrir des possibilités aux Ontariens. Dans le cadre de cette étude, le gouvernement s'engage également à offrir un programme de soins dentaires aux Ontariens à faible revenu.

Honorables sénateurs, voilà qui vous donne un aperçu de notre ministère et de quelques-unes des initiatives menées actuellement au sein du gouvernement de l'Ontario. J'aimerais prendre quelques instants pour vous faire quelques recommandations.

Puisque la santé est principalement du ressort des provinces, le gouvernement fédéral a de nombreux leviers à sa disposition. Il peut appuyer de nouvelles politiques, offrir du financement, contribuer à l'évaluation et à la recherche et générer de nouvelles connaissances sur ce qui fonctionne. Mais par-dessus tout, il peut créer des mécanismes de collaboration. On oublie souvent ces mécanismes parce qu'ils ne fournissent pas nécessairement un programme ou une initiative où les gens peuvent dire : « Regardez ce que nous avons créé ». Toutefois, la création de ces mécanismes qui regroupent les gens peut permettre de tirer parti des synergies et d'échanger des connaissances.

Quand je vois mon collègue, le Dr Pipe, je pense au travail qui a été fait pour lutter contre le tabagisme. Grâce à l'infrastructure qui a été ainsi créée pour permettre la planification locale, régionale et provinciale, d'énormes progrès ont été réalisés. Il serait utile non seulement de tirer parti des mécanismes fédéraux-provinciaux-territoriaux existants, mais aussi d'examiner quel type de mécanisme de collaboration au sein du gouvernement fédéral peut réunir les ministères pour une planification conjointe et une utilisation optimale des ressources.

L'Ontario a demandé au gouvernement national d'investir dans un programme d'infrastructure parce que nous avons besoin de ces installations pour améliorer l'accès aux programmes de loisirs. Nous aimerions aussi qu'on relance la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, un plan que le gouvernement fédéral avait mis en branle il y a plusieurs années et qui s'appuyait vraiment sur les concepts de santé des populations et de réduction des disparités sur le plan de la santé. Malheureusement, nous semblons être passés à des stratégies plus axées sur des maladies particulières et privilégier une approche intégrée en matière de prévention des maladies chroniques.

Comme je l'ai mentionné au début de ma déclaration, le ministre de la Santé du Canada en 1974, Marc Lalonde, avait présenté un rapport portant sur les nouvelles perspectives de la santé. Ce document fournissait de nombreuses réponses aux questions débattues par votre comité actuellement.

Ensuite, le Canada s'est trouvé au premier plan, en collaborant avec l'Organisation mondiale de la Santé en 1986, réunissant des promoteurs de la santé du monde entier pour créer la Charte d'Ottawa, qui a été déclarée lors de réunions subséquentes comme fournissant un plan pour l'avenir.

As set out in the Health Council of Canada's report in 2005, a group of experts in health care spent extensive time looking at how we can strengthen the health care system and concluded that the major barrier to strengthening health care had to do with reducing health disparities. Their message was to raise awareness and understanding about how critical those other factors that affect health are to improving health.

We do have examples of other governments. For example, recently in England we saw an almost \$1 billion commitment made to tackling obesity. We know that, so often, those who have low incomes and low education have the highest rates of many chronic diseases.

We do have the road maps; we have many of the strategies; we have the public's growing interest and recognition of how critical it is to focus on keeping people healthy. As I mentioned, there is much innovation. I highlighted some of the things that are happening in Ontario and you will have a chance to hear of things happening elsewhere in the province.

I congratulate your committee for taking on this issue and using it as an opportunity to bring it to the public's attention and offer concrete ways in which we can work as governments, as communities across the country to reduce health disparities.

The Chair: Thank you very much. That was an excellent presentation. For those of you around the table who are not familiar with Ontario, the Local Health Integration Networks, or LHINs, are the local organizations. They are not exactly regionalized as yet, but I think we will get there. They are a giant step forward in Ontario in an attempt to get services on the ground in the province.

Ms. Pisko-Bezruchko, perhaps you will tell us about the LHINs and then what you, specifically, are doing. Also, if you and Dr. Pipe could each keep your remarks to 10 or 12 minutes, each senator will have about 10 minutes to cross-examine you afterwards.

Laura Pisko-Bezruchko, Senior Director, Planning, Toronto Central Local Health Integration Network: I am the first senior director of planning, integration and community engagement for the Toronto Central Local Health Integration Network, commonly known as LHINs. When I started two years ago, I walked into an empty office. I had no distribution list of stakeholders, nothing. When we called people to say that we are the LHIN, we would get, typically, the response: "LHIN who?" We are still in a state of newness, if I could put it that way, in Ontario. Generally, the public does not understand what a LHIN is, or what it is about.

I will tell you a little about what the LHIN is. I will talk from an operational perspective in terms of what we are about at a very local level with respect to population health and

Comme il est énoncé dans le rapport de 2005 du Conseil canadien de la santé, un groupe d'experts en soins de santé a passé beaucoup de temps à examiner la façon dont nous pouvions renforcer le système de soins de santé et il est arrivé à la conclusion que le principal obstacle avait trait à la réduction des disparités sur le plan de la santé. Il faisait valoir qu'il fallait sensibiliser les gens à l'importance de ces autres facteurs qui influent sur la santé pour l'améliorer.

Nous avons des exemples d'autres gouvernements. Citons notamment l'Angleterre, qui s'est récemment engagée à verser près de un milliard de dollars pour lutter contre l'obésité. Nous savons que bien souvent, les taux les plus élevés de nombreuses maladies chroniques sont enregistrés chez les personnes à faible revenu et peu instruites.

Nous avons les feuilles de route; nous avons un grand nombre des stratégies; nous avons le public qui s'intéresse de plus en plus au sujet et reconnaît à quel point il est important de maintenir les gens en bonne santé. Comme je l'ai dit, il y a beaucoup d'innovation. J'ai souligné certaines des choses qui se font en Ontario, et vous aurez la chance d'entendre ce qui se fait ailleurs dans la province.

Je félicite votre comité de s'intéresser à la question et de saisir l'occasion d'attirer l'attention du public et d'offrir des moyens concrets pour que les gouvernements et les collectivités de tout le pays s'emploient à réduire les disparités.

Le président : Merci beaucoup. C'était un excellent exposé. Pour ceux d'entre vous qui n'êtes pas familiers avec les initiatives de l'Ontario, les réseaux locaux d'intégration des services de santé, ou les RLISS, sont les organisations locales. Ils ne sont pas encore tout à fait régionalisés, mais je pense qu'ils le seront un jour. Il s'agit d'un pas de géant en Ontario en vue de fournir des services sur le terrain dans la province.

Madame Pisko-Bezruchko, vous nous parlerez probablement des RLISS, puis de ce que vous faites précisément. Par ailleurs, nous vous serions reconnaissants de limiter vos remarques, le Dr Pipe et vous, à 10 ou 12 minutes pour que chaque sénateur ait environ 10 minutes pour vous poser des questions par la suite.

Laura Pisko-Bezruchko, directrice principale de la planification, Réseau d'intégration des services de santé de Toronto : Je suis la première directrice principale de la planification, de l'intégration et de l'engagement de la collectivité au Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto, communément appelé RLISS. Quand j'ai commencé il y a deux ans, je suis entrée dans un bureau vide. Je n'avais aucune liste de distribution des intervenants, rien. Quand nous annoncions aux gens au téléphone que nous étions le RLISS, on nous répondait habituellement : « Qui ça? ». Nous en sommes encore à nos premiers balbutiements en Ontario, si je puis dire. Généralement, le public ne comprend pas ce qu'est un RLISS ou en quoi il consiste.

Je vais vous expliquer brièvement ce qu'est le RLISS. Je vais vous parler, d'un point de vue opérationnel, de ce que nous faisons à l'échelle locale en matière de santé des populations et

planning, and funding a health care system. Thank you very much for inviting me to participate in this panel to talk about our work on population health.

I will make three main points: First, I will talk to you about the reality of a high density and diverse urban community and how we have built an understanding of the broader social determinants of health into our planning and priority setting. Second, I will talk to you about how we have undertaken community engagement to guide and ground our core businesses of planning, integration and funding local health services. Third, I will explain how we have come to see addressing health disparities as a defining priority for our LHIN, and how principles of diversity and equity are central to our work.

What is an LHIN? In particular, the Toronto Central LHIN is one of 14 Ontario Crown agencies established in 2006 under the Local Health System Integration Act. If you looked at a map, you would see that the Toronto Central LHIN hardly appears; we are commonly known as the “Postage stamp LHIN,” as contrasted to the northwest LHIN, for example, which is the size of France. There is a huge amount of variation among the LHINs. Our mandate is to improve the health of local residents through better access to high-quality, coordinated health services and to manage the local health system effectively.

Although we are a made-in-Ontario regionalized model, we do have similar functions to other regional health authorities in other provinces. In the Toronto Central LHIN, we manage \$4 billion worth of health services, but that does not include physician services, public health emergency services, such as ambulances and laboratories, among others.

The Greater Toronto Area has been divided into five LHINs. We are the only one that is totally within the city of Toronto and we fund 196 different agencies, many of which operate different programs and are located on multiple sites. We have adopted a population health lens in our community engagement and planning. We have one of the largest populations, about 1.2 million people, and we have the highest concentration of health service providers of any Ontario LHIN.

As the only wholly urban LHIN, the Toronto Central LHIN must respond to a unique set of socioeconomic circumstances, needs and complex factors such as demographic, cultural and linguistic diversity, sexual orientation and inner city disadvantage. Conditions such as income inequality, homelessness and addictions must be considered when we plan and evaluate health services in Ontario. A snapshot of our population shows that we have wide income disparity, some

de planification, et de financement d'un système de soins de santé. Merci beaucoup de m'avoir invitée à faire partie de ce groupe d'experts pour vous informer de notre travail en matière de santé des populations.

Je vais aborder trois principaux points. Premièrement, je décrirai la réalité d'une communauté urbaine densément peuplée et très diversifiée et la façon dont nous avons analysé les déterminants sociaux de la santé et les avons intégrés à nos activités de planification et d'établissement des priorités. Deuxièmement, je vous entretiendrai de la manière dont nous nous sommes investis au sein de la collectivité afin d'orienter et d'ancrer nos activités de planification, d'intégration et de financement des services de santé locaux. Troisièmement, j'expliquerai comment nous en sommes arrivés à accorder la priorité à la réduction des disparités en matière de santé et comment nous appliquons les principes de diversité et d'équité à toutes nos activités.

Qu'est-ce qu'un RLISS? Plus particulièrement, le RLISS du Centre-Ontario est l'un des 14 organismes d'État de l'Ontario créés en 2006 en vertu de la Loi sur l'intégration du système de santé local. Sur une carte, c'est à peine si vous verriez le RLISS du Centre-Toronto; nous sommes communément connus sous le nom de RLISS » de la taille d'un timbre-poste », comparativement à celui du Nord-Ouest, qui fournit des services sur une superficie aussi grande que la France. Les RLISS varient énormément les uns des autres. Notre mandat consiste à améliorer la santé des résidents locaux en leur facilitant l'accès à des services de santé coordonnés de haute qualité et en gérant le réseau local de santé efficacement.

Même s'il s'agit d'un modèle régionalisé typiquement ontarien, nos fonctions sont comparables à celles des offices régionaux de la santé créés dans les autres provinces. Au RLISS du Centre-Toronto, nous gérons quatre milliards de dollars en services locaux de santé, sans compter les services médicaux, les services de santé publique et les services d'urgence, y compris les ambulances et les laboratoires.

La région métropolitaine de Toronto a été divisée en cinq RLISS. Le nôtre est le seul à être situé entièrement à l'intérieur de la ville de Toronto. Nous finançons 196 organismes différents, dont bon nombre exercent leurs activités à divers endroits et dans le cadre de programmes multiples. Nous avons appliqué une vision axée sur la santé des populations dans nos activités de planification et notre engagement auprès de la collectivité. Nous desservons l'une des populations les plus nombreuses, soit quelque 1,2 million de résidents, et comptons la plus forte concentration de fournisseurs de services de santé de toute la province.

Étant le seul RLISS entièrement urbain, le RLISS du Centre-Toronto doit répondre à des besoins socioéconomiques particuliers et à des facteurs complexes comme la diversité démographique, culturelle et linguistique, l'orientation sexuelle et l'inconvénient de vivre au centre-ville. D'autres facteurs comme l'inégalité des revenus, l'itinérance et la toxicomanie doivent être pris en compte dans la planification et l'évaluation des services de santé en Ontario. Un aperçu de notre population

of the lowest income households and neighbourhoods in Ontario and Canada, and some of the highest income and highest education neighbourhoods.

We are the first home for recent immigrants and refugees, and our residents come from over 200 countries of origin and speak over 160 languages and dialects, adding to the complexity of the work we undertake. In socio-economic terms, we have high rates of lone-parent families, low income population, people with low English language fluency, people with HIV/AIDS, and seniors living alone. We have a high concentration of people who are homeless, including people who are mental health consumer survivors and people with serious substance abuse problems.

We have a daily inflow of commuters. Approximately half a million people come into the Toronto Central LHIN, many of them preferring to use Toronto Central LHIN health services. We have stark disparities with respect to health outcomes and access to health services. For example, the percentage of people reporting health as poor or fair was three times greater in the lowest income groups compared to the highest in our LHIN.

We have the fastest growing and highest incidence and prevalence rates for diabetes in Ontario. We have diabetes rates that are higher in neighbourhood areas with a higher proportion of recent immigrants and people with limited English language fluency.

Within our neighbourhoods, recent immigrants are less likely to have a regular family doctor than the rest of Ontarians. They are likely to report more unmet health needs and are two and half times more likely to report difficulty accessing health care, and they use fewer preventive services.

Despite significant effort and resources on the part of the Toronto Central LHIN to increase access to hip replacement, we know that significant unmet needs exist. For example, despite poor health and higher number of visits to physicians for arthritis in lower income neighbourhoods, Toronto Central LHIN residents in such neighbourhoods were 60 per cent less likely to have a hip replacement than people in highest income neighbourhoods. That is one example of the many kinds of disparities within our LHIN.

Acting on and understanding social determinants of health is a core planning principle for us, and I will outline how that has evolved. We have built in health equity from the beginning of our two and a half years of existence. As the LHINs were first being established by the Ontario government, working groups of service providers, community agencies, researchers and other stakeholders were set up in each LHIN area to identify initial priorities for integration. The need to address underlying social determinants of health and health disparities were central priorities identified by these groups in the Toronto Central LHIN report. We have validated and built on this

révèle que nous sommes aux prises avec un vaste écart de revenus et avons certains des ménages et quartiers les plus pauvres de l'Ontario et du Canada et d'autres où les revenus et le niveau de scolarité sont très élevés.

Nous sommes le pays d'accueil des nouveaux immigrants et des réfugiés et nos résidents proviennent de plus de 200 pays et parlent plus de 160 langues et dialectes, ce qui complique encore plus notre travail. Sur le plan socioéconomique, nous enregistrons des taux élevés de chefs de famille monoparentale, de personnes à faible revenu, de résidents qui méconnaissent l'anglais, de personnes atteintes du VIH/sida et d'ainés vivant seuls. Nous avons une forte concentration d'itinérants, notamment des usagers ou survivants du système de santé mentale et des toxicomanes.

Nous accueillons un flux de migrants tous les jours. Près d'un demi-million de personnes transitent par le RLISS quotidiennement, bon nombre d'entre elles préférant utiliser les services de santé de Toronto. Les disparités sont frappantes entre l'état de santé et l'accès aux services. Par exemple, le pourcentage de personnes dont l'état de santé est mauvais ou moyen était trois fois plus élevé dans les groupes à faible revenu que dans ceux à revenu élevé.

Nous avons les taux de prévalence et d'incidence du diabète qui augmentent le plus rapidement en Ontario. Les taux de diabète sont également plus élevés dans les quartiers comptant une forte proportion de nouveaux immigrants et de personnes ayant une connaissance limitée de l'anglais.

Dans nos quartiers, les nouveaux immigrants sont moins susceptibles d'avoir un médecin de famille que le reste des Ontariens. Ils déclarent avoir davantage de besoins non satisfaits en matière de santé et ils sont deux fois et demie plus nombreux à éprouver de la difficulté à avoir accès à des soins de santé et moins nombreux à avoir recours aux services de prévention.

Malgré les ressources et les efforts considérables déployés par notre réseau pour accroître l'accès aux opérations de remplacement de la hanche, les besoins non satisfaits demeurent nombreux. Par exemple, même si les résidents des quartiers à faible revenu sont en moins bonne santé et consultent plus souvent le médecin pour des problèmes d'arthrite, ceux des quartiers pauvres du Centre-Toronto avaient 60 p. 100 moins de chance d'avoir une opération de la hanche que les résidents des quartiers mieux nantis. C'est un exemple des multiples disparités qui existent au sein de notre RLISS.

Comprendre les déterminants sociaux de la santé et agir en conséquence représentent l'un des grands principes de planification pour nous, et je vais maintenant expliquer comment cela a évolué. Nous avons intégré le principe de l'équité dès nos débuts il y a deux ans et demi. Dès la création des RLISS par le gouvernement de l'Ontario, des groupes de travail composés de fournisseurs de services, d'organismes communautaires, de chercheurs et d'autres intervenants ont été mis en place dans chaque RLISS afin de déterminer les priorités initiales en matière d'intégration. Selon le rapport présenté par le RLISS du Centre-Toronto, ces groupes ont convenu que la

report. We knew that extensive community consultation and engagement was an essential building block for effective and responsive health planning and that the process must be iterative.

Since 2006, we have engaged in a dialogue with those who live, work and use services in our LHIN. Nearly 7,000 people and over 200 health service organizations have been consulted in this short period of time.

I will not go through all the messages we have here, but some of the messages are consistent with what was outlined by Ms. Walsh. We need to pay attention to the social determinants of health. We need to improve access to services for seniors in particular, those with mental health and addictions and those with special needs who are often overlooked, such as our transient Aboriginal population and homeless population. We need to include health promotion and education in our planning. When we talked to people, they told us not to focus only on disease and sickness but also on wellness and health promotion.

Our first strategic plan arose out of our consultations as well as a review of previous planning studies and research. Our first plan, called the Integrated Health Service Plan, identifies an action plan for key clinical areas such as the ones I have outlined, as well as rehabilitation services, administrative health and long-term care provincial priorities, such as the wait-time strategy.

As well, it defines key enabling priorities for system transformation, such as e-health, back-office integration and health human resources, addressing health disparities through improved access and navigation, quality of service. More efficient and effective coordination of services is fundamental to all these clinical areas. For example, our priority on seniors focuses on increasing available supports for marginalized seniors who need assistance to navigate their way through the health system. I am sure we all have our stories about how hard it is to get the services we need for our loved ones.

Recognition of the social determinants of health is a core planning principle, and I have provided a current case study on how we are incorporating these principles and practices. In the interests of time, I will leave that with you.

We have ensured diverse, broad community and stakeholder involvement to move our Integrated Health Service Plan priorities to implementation stage. We have established action-oriented, multisectoral advisory councils for each of the priority areas as well as forums and mechanisms to involve local residents in the

principale priorité consistait à prendre des mesures à l'égard des déterminants sociaux de la santé et à éliminer les disparités en matière de santé. Nous avons validé ce rapport qui nous a servi de base. Nous savions qu'il était essentiel de consulter les résidents et de nous assurer de leur participation si nous voulions planifier des services de santé efficaces et adaptés à leurs besoins et nous savions également que le processus devait être itératif.

En 2006, nous avons établi un dialogue avec les personnes qui vivent et travaillent sur notre territoire et qui utilisent les services de notre RLISS. Durant cette courte période, nous avons consulté près de 7 000 personnes et plus de 200 fournisseurs de services de santé.

Je ne vais pas énumérer tous les messages que nous avons ici, mais certains d'entre eux rejoignent ce qu'a dit Mme Walsh. Nous devons porter attention aux déterminants sociaux de la santé. Nous devons améliorer l'accès aux services pour les aînés, les personnes souffrant de troubles mentaux, les toxicomanes et les personnes ayant des besoins spéciaux qui sont souvent ignorés, comme les Autochtones et les sans-abri. Nous devons intégrer la promotion de la santé et la sensibilisation à nos activités de planification. En parlant avec les gens, ils nous ont conseillé de nous concentrer non seulement sur les maladies, mais aussi sur le bien-être et la promotion de la santé.

Notre premier plan stratégique a été élaboré à la lumière de nos consultations et de notre examen des études de planification et des résultats de recherche antérieurs. Appelé Plan d'intégration des services de santé, celui-ci prévoit un plan d'action pour les principaux domaines d'intervention tels que ceux que j'ai mentionnés, de même que les services de réadaptation, les priorités provinciales en matière de services de santé administratifs et de soins prolongés, comme la stratégie de réduction des temps d'attente.

Ce plan définit également les principales priorités en vue de la transformation du système, notamment la cybersanté, l'intégration des activités d'arrière-guichet et les ressources humaines en santé et la réduction des disparités grâce à une amélioration de l'accès et de la qualité des services. Dans tous les domaines cliniques, il est indispensable de réduire les disparités en assurant une coordination plus efficiente et efficace. L'une de nos priorités consiste à aider les personnes âgées marginalisées à avoir accès aux soutiens disponibles et à s'orienter dans le système de santé. Je suis certaine que nous avons tous des histoires à raconter sur la difficulté d'obtenir les services dont nous avons besoin pour nos proches.

La prise en compte des déterminants sociaux de la santé est un principe de planification de base. Dans l'étude de cas que j'ai jointe à la présente, je vous explique comment nous intégrons ces principes à notre travail. Faute de temps, je vais vous laisser la regarder.

Nous nous sommes assurés de l'engagement d'un grand nombre de résidents et d'intervenants pour mettre en œuvre les priorités énoncées dans notre Plan d'intégration des services de santé. Nous avons formé des conseils consultatifs multisectoriels proactifs pour chacun des secteurs prioritaires de même que des

implementation process. When we first started, health service providers told us that we should not and could not do that, but we did, and we have proved them wrong.

We have begun work to develop a solid policy framework for addressing health disparities. Our board has established a task force of board staff and community members, and we have seconded an experienced expert to help develop our road map for health equity. We are looking at the best of what is working well locally, across the country and abroad. We are building on the capacity of our large number of health service providers and strong academic and research community in Toronto. While we do not have a complete road map yet, we expect it will include components, for example, the identification of priority challenges, such as systemic barriers in the form of policies and regulatory issues, limited access to primary care, language barriers, the issues that many disadvantaged populations face and the problems that have the most potential for being fixed easily or having the most positive impact on disadvantaged communities.

One challenge is that we do not always have reliable, timely data, for example, on health needs and services used by ethnocultural groups and new immigrants. We are attempting creative ways to match up data sources, and to relate databases to one another so that we can uncover diverse health needs and preferences.

Given our limited resources, we cannot address all of our issues immediately. We need to plan carefully for how, over time, strategic investment and intervention will have the most impact. To date, we have been reaching for the low-hanging fruit, as we call it — the initiatives and things that have already been started in our community that we can expand from a pilot stage or demonstration project to something that is more systemic across our whole local health system.

We have been identifying solutions through work with health care providers and others, and we know this will work only through partnerships and collaboration. We have begun to work with health service providers so that equity is built into their service delivery and organization. For example, our board has requested that all 18 of the hospitals that we fund in our LHIN, which accounts for \$3.2 billion of our \$4-billion budget, develop and submit concrete plans to address health equity. We expect that the plans will demonstrate innovation and address disparities. For example, a hospital may decide that building partnerships with community-based agencies for outreach and follow-up to specific populations or neighbourhoods is necessary.

forums et des mécanismes visant à faire participer les résidents à la mise en œuvre du plan. Au début, les fournisseurs de service de santé nous ont dit que nous ne devrions et ne pourrions pas le faire, mais nous l'avons fait quand même et leur avons prouvé qu'ils avaient tort.

Nous sommes en train d'établir un cadre stratégique concret dans le but de réduire les disparités en matière de santé. Notre conseil d'administration a mis sur pied un groupe de travail composé de membres du personnel et de résidents, et nous avons confié à un spécialiste d'expérience la tâche d'élaborer la feuille de route. Nous voulons utiliser les meilleures pratiques applicables aussi bien localement, qu'à l'échelle nationale ou internationale. Nous mettons à contribution les compétences de nos nombreux fournisseurs de services de santé ainsi que celles d'éminents universitaires et chercheurs de Toronto. Même si la feuille de route n'est pas encore au point, nous nous attendons à ce qu'elle prévoie, par exemple, la détermination des défis prioritaires tels que les barrières systémiques sous forme de problèmes liés aux politiques et aux règlements, le manque d'accès aux soins primaires, les barrières linguistiques, ainsi que les problèmes touchant de nombreux groupes défavorisés et ceux plus faciles à régler ou susceptibles d'avoir le plus d'effet positif sur les groupes défavorisés.

Le manque de données fiables et récentes — par exemple, concernant les besoins en santé des groupes ethnoculturels et des nouveaux immigrants et les services qu'ils utilisent — nous pose un problème. Nous nous efforçons de trouver des moyens originaux pour harmoniser les sources de données et relier les bases de données entre elles afin de connaître les besoins et les préférences en matière de services de santé.

En raison du manque de ressources, nous ne pouvons pas régler tous les problèmes immédiatement. Nous devons planifier judicieusement là où les investissements et les interventions stratégiques auront le plus de répercussions. Jusqu'à maintenant, nous avons misé sur les ressources à portée de main, comme nous les appelons — les projets pilotes ou de démonstration déjà mis en place dans notre communauté que nous pouvons étendre plus globalement à la grandeur de notre système de santé local.

Nous avons trouvé des solutions avec les fournisseurs de services de santé et d'autres intervenants, et nous savons que nous n'obtiendrons de résultats que si nous travaillons en partenariat et en collaboration. Nous avons déjà commencé à encourager les fournisseurs de services de santé à assurer l'équité dans les services qu'ils offrent et au sein de leur organisation. Par exemple, notre conseil d'administration a demandé aux 18 hôpitaux financés par notre RLISS — ce qui représente 3,2 milliards de dollars du budget d'exploitation du système de 4 milliards de dollars — d'élaborer et de présenter des plans concrets pour assurer l'équité en matière de santé. Nous espérons qu'ils utiliseront des méthodes novatrices pour éliminer les disparités. Par exemple, un hôpital peut décider de travailler en partenariat avec des organismes communautaires afin de rejoindre certains groupes ou quartiers et de faire un suivi.

Our board has made health equity a priority. Accordingly, our roadmap will begin to identify clear objectives and performance metrics against which we can measure our progress. For example, a success indicator could be increasing access to defined services in a disadvantaged neighbourhood area or setting targets to reduce differences in utilization of particular services such as the hip replacements that I mentioned earlier.

We have begun work with health service providers to build concrete expectations into our funding and accountability relationships with them, using the levers that we have to advance health equity. The LHINs have significant powers to ensure accountability of health service providers under the LHIN founding legislation. We have powers to make integration decisions that are in the best interests of the public. We can build equity expectations and indicators into the service accountability agreements with our health service providers.

For example, we could require each hospital to demonstrate that its service utilization patterns reflect the diversity of its patient population. Some expectations may need to be very specific; for example, demonstration by downtown hospitals that they provide appropriate and adequate services to homeless people. Many other things could be thought of.

As you may appreciate, the LHIN must make informed but often difficult decisions for effective allocation of scarce resources. We know that we must first identify the barriers that disadvantaged populations face. To do this we are building diversity and equity lenses into our decision-making and funding allocation processes and tools. We will consider targeting new investment in programs and services where they will have the most impact on reducing health disparities; for example, concentrating new services in disadvantaged neighbourhoods, investing more in community-based services such as multi-disciplinary care teams that have been shown to be effective in supporting disadvantaged populations; funding community-based health service providers to deliver culturally-appropriate chronic disease prevention, management and wellness programs to ethnocultural communities that may face language and cultural barriers.

We know we have health disparities on many fronts. While this may be daunting — and some days it does feel very daunting — we have, since the beginning of our mandate, recognized the tremendous assets and strengths to be built on in our community, even within the most disadvantaged communities. We are unique among Ontario LHINs in that we have a rich concentration of health research and knowledge in our major academic institutions in 18 hospitals. Another asset is the depth and diversity of community-based service providers. Thus, a key part of our strategy is to build on and support existing networks of health service providers and experts, support leading practice innovative

Notre conseil d'administration place l'équité dans la liste des priorités. C'est pourquoi notre feuille de route énoncera tout d'abord des objectifs de rendement clairs afin que nous puissions mesurer nos progrès. Par exemple, un indicateur de succès pourrait être un meilleur accès à certains services dans des quartiers défavorisés ou encore, la réduction des disparités dans l'utilisation des services comme les remplacements de la hanche que j'ai mentionnés tout à l'heure.

Nous avons commencé à travailler en collaboration avec des fournisseurs de services de santé afin d'intégrer des attentes réalistes aux ententes de financement et de responsabilisation que nous concluons avec eux, en utilisant les leviers dont nous disposons pour promouvoir l'équité en matière de santé. La loi sur le financement des RLISS confère à ces derniers d'importants pouvoirs dans le but de responsabiliser les fournisseurs de services. Nous avons le pouvoir de prendre des décisions d'intégration qui servent les meilleurs intérêts du public. Nous pouvons intégrer des objectifs et des indicateurs d'équité aux ententes de responsabilisation que nous concluons avec nos fournisseurs de services de santé.

Par exemple, nous pourrions obliger chaque hôpital à démontrer que ses habitudes d'utilisation des services correspondent à la diversité de la population desservie. Certaines attentes doivent être très précises; par exemple, les hôpitaux du centre-ville doivent démontrer qu'ils fournissent des services pertinents et adéquats aux sans-abri. Nous pouvons penser à bien d'autres exemples.

Vous comprendrez que le RLISS doit prendre des décisions éclairées mais souvent difficiles pour répartir efficacement ses rares ressources. Nous devons d'abord repérer les obstacles auxquels se heurtent les groupes défavorisés. Pour cela, nous adoptons une optique de diversité et d'équité lorsque nous prenons des décisions et élaborons nos méthodes et nos mécanismes de financement. Nous examinerons la possibilité de faire de nouveaux investissements dans les programmes et services que si ces fonds contribuent à réduire les disparités en matière de santé : pour offrir de nouveaux services dans les quartiers défavorisés; investir davantage dans les services communautaires, notamment dans les équipes de soins multidisciplinaires qui ont démontré leur efficacité auprès des groupes défavorisés; et financer les fournisseurs de services de santé communautaires afin qu'ils offrent aux groupes qui se heurtent à des barrières linguistiques et culturelles des programmes de gestion des maladies chroniques et de bien-être adaptés à leur culture.

Nous savons qu'il existe de nombreuses disparités en matière de santé. Malgré l'ampleur du problème — qui nous décourage certains jours —, nous nous sommes efforcés, depuis notre création, de miser sur les atouts et les forces extraordinaires de la collectivité que nous desservons et ce, même dans les groupes les plus défavorisés. Nous nous distinguons de tous les autres RLISS de l'Ontario par notre incroyable bassin de chercheurs et de spécialistes de la santé en poste dans nos universités et nos 18 hôpitaux. Un autre atout est la multitude et la diversité de nos fournisseurs de services communautaires. Un volet important de notre stratégie consiste donc à utiliser

programs that address health disparities or the unique needs of disadvantaged populations, support innovative demonstration projects to build evidence, support community-based or other research to identify promising practices, and build evaluation into our health equity initiatives.

We know that reducing access barriers and increasing coordination of health services to support those experiencing health disparities will never eliminate those disparities. The roots of health disparities lie outside of the traditional health care system. As you know, the LHIN cannot build affordable housing, increase literacy or reduce poverty. However, we can draw two conclusions: LHINs are now an integral and important part of the Ontario health system with a mandate to make system changes to improve the health status of the population we serve, in part by improving access to the health care they need and making strategic decisions about integration of the system components. Second, our LHIN must work to take the broader social determinants of health into account in creative ways.

We are looking to develop or join appropriate local cross-sectoral collaboration and planning forums and tables with the municipalities, schools, academic institutions, social services, immigrant settlements and other sectors beyond health. We are supporting innovation among our health service providers for coordinated cross-sectoral service delivery.

For example, within our LHIN, new community health centres are creating partnerships for co-located child care, employment support, family services and others. We are looking to provide coordinated, one-stop access to the almost 200 health service providers in our LHIN and expanding that to include referrals to social services. We are developing an electronic inventory of programs and services for consumers and providers that will be searchable by neighbourhood area, and in the future we will be available in multiple languages.

Finally, we are enabling relationships with grassroots groups that have not traditionally been funded within the traditional health system. The Toronto Central LHIN is at the beginning of our system transformation journey, a journey that we hope will ultimately mean a healthier population using a more accessible, equitable and coordinated system of health services.

Thank you again for inviting me to present before you. It has been a great honour and privilege to be here today, and I look forward to your questions.

Dr. Andrew Pipe, Medical Director, Prevention and Rehabilitation Centre, University of Ottawa Heart Institute: Thank you for the compliment of the invitation to be here

et à soutenir les réseaux en place de fournisseurs de santé et de spécialistes; à appuyer les principaux programmes novateurs visant à réduire les disparités ou à répondre aux besoins particuliers des populations défavorisées; à financer des projets pilotes novateurs afin de recueillir des preuves de leur efficacité; à soutenir la recherche communautaire et d'autres recherches afin de recenser les pratiques prometteuses; et à évaluer nos initiatives de promotion de l'équité en matière de santé.

Nous savons que, même en réduisant les obstacles à l'accès et en améliorant la coordination des services de santé, nous n'arriverons jamais à supprimer les disparités dans le domaine de la santé, car elles prennent souvent racine à l'extérieur du système conventionnel de santé. Comme vous le savez, le RLISS ne peut pas construire des logements abordables, accroître le taux d'alphabétisation ni réduire la pauvreté. Cependant, nous tirons deux conclusions de notre démarche : les RLISS occupent désormais une place importante dans le réseau de santé de l'Ontario, leur mandat consistant à apporter des changements dans le but, premièrement, d'améliorer la santé de la population que nous desservons, en partie en facilitant l'accès aux services dont elle a besoin et en prenant des décisions stratégiques visant l'intégration de toutes les composantes du système. Deuxièmement, notre RLISS doit trouver des moyens originaux pour tenir compte des déterminants sociaux de la santé.

Nous essayons de favoriser une collaboration intersectorielle locale avec les municipalités, les écoles, les universités, les services sociaux, les organismes d'aide à l'installation des immigrants et d'autres organismes de secteurs autres que celui de la santé et d'organiser des forums et des tables rondes sur la planification. Nous encourageons nos fournisseurs de services de santé à être novateurs et à offrir des services intersectoriels coordonnés.

Par exemple, dans notre RLISS, les nouveaux centres de santé communautaires travaillent en partenariat afin d'offrir des services de garde d'enfants, d'aide à l'emploi, des services aux familles, et cetera. Nous essayons d'offrir un accès coordonné à guichet unique aux quelque 200 fournisseurs de services de santé de notre RLISS et de fournir des services d'aiguillage et des services sociaux. Nous créons un répertoire électronique de programmes et de services à l'intention des consommateurs et des fournisseurs de services — ils pourront y faire des recherches par quartier et ce service sera éventuellement offert en plusieurs langues.

Pour terminer, nous favorisons la création de liens avec des groupes locaux qui n'ont jamais obtenu de fonds par le biais du système traditionnel de santé. Le RLISS du Centre-Toronto n'est que la première étape sur la route de la transformation de notre système, un parcours qui nous permettra d'améliorer l'état de santé de la population grâce à un système de services de santé plus accessible, plus équitable et mieux coordonné.

Je vous remercie encore de m'avoir invitée. Cela a été un grand honneur pour moi d'être ici aujourd'hui et c'est avec plaisir que je répondrai à vos questions.

Dr Andrew Pipe, directeur médical, Centre de prévention et de réadaptation de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa : Je vous remercie de m'avoir invité aujourd'hui.

today. I will try to be brief and move us to a slightly different level. It is embarrassing, or somewhat depressing, for me to realize that I am approaching my thirty-fifth year of medical practice. Throughout much of those 35 years I have been very involved in approaches that have been designed or intended to prevent disease or to promote health.

I well remember the ringing declarations of the Ottawa Charter, the Victoria declaration and the Lalonde report. I am getting a little frustrated because we have been very good in Canada at producing “roadmaps.” This is a country, as one of your colleagues once said, “of pilot projects.” In my new role at the University of Ottawa Heart Institute, I am determined to attempt to move beyond the rhetoric and try to realistically apply evidence-based, best-practice programs to address some very real disparities in our area and to use population-health and best-practice approaches in an attempt to transform the health status of the residents of our region.

Twenty years ago, I sat as the vice-chair of a ministerial advisory committee on health promotion and disease prevention for the province of Ontario. I followed that by sitting on the premier’s councils on health in the province of Ontario. Therefore, I am personally familiar with the abundant literature that describes how we might do things better. Ladies and gentlemen, I want to start doing some of those things. I want to share with you today some of the experience in our region of the province and of Canada which demonstrates vividly some of the health disparities present in our population and which also provides an example of how we might utilize various segments of our system in an integrated manner in order to begin to address them. I will then conclude with the identification of some of the roadblocks that seem to impede our moving forward in this way.

I will first draw your attention to a map of the Champlain district. It is a unique LHIN in Ontario because it is co-terminus with three public health units. It is unique as well because this, after all, is the very heart and soul of the province. You find communities such as Pembroke nestled within the corner of this LHIN. It is a microcosm of Canada. Twenty per cent of the population is francophone. We have Aboriginal communities; we have a large urban centre in Ottawa-Carleton; we have remote communities; and we have service-based smaller urban areas. If we can make things happen in the Champlain region, we can provide a model that might be replicable for the rest of our province or other areas in the country.

On the chart entitled “Risk Factor Profile,” you will see in the four columns with circles a marked expression of the disparities that exist. The bottom row provides an outline of figures for the city of Ottawa. I draw your attention to the city of Ottawa and its cardiovascular disease mortality rate — the furthest left column. That rate is 186.5 per 100,000 persons. If you move east, west or south 20 minutes from the city of Ottawa, you are in communities that have rates of mortality 50 or 60 per cent higher than that of

Je vais tenter d’être bref et de nous amener à un niveau différent. C’est gênant, voire déprimant, de me rendre compte que j’aurai bientôt 35 ans de pratique médicale. Pendant la majeure partie de ma carrière, j’ai travaillé à des approches conçues pour prévenir les maladies et promouvoir la santé.

Je me rappelle très bien les déclarations retentissantes de la Charte d’Ottawa, de la Déclaration de Victoria et du rapport Lalonde. Le fait que nous soyons maîtres dans l’art de produire des « feuilles de route » au Canada commence à m’agacer. Comme l’a dit une fois l’un de vos collègues, nous sommes un pays « de projets pilotes ». Dans le cadre de mes nouvelles fonctions à l’Institut de cardiologie de l’Université d’Ottawa, je suis déterminé à joindre le geste à la parole et à essayer de mettre en œuvre, de manière réaliste, des programmes factuels de pratiques exemplaires pour éliminer des disparités bien réelles dans notre région et d’adopter les meilleures approches en matière de santé des populations en vue d’améliorer la santé des résidents de notre région.

Il y a 20 ans, j’ai été vice-président d’un comité consultatif ministériel sur la promotion de la santé et la prévention des maladies de la province de l’Ontario. Par après, j’ai siégé au Conseil du premier ministre sur la santé de l’Ontario. Par conséquent, je connais bien les nombreuses publications qui décrivent comment nous pourrions améliorer notre façon de faire. Mesdames et messieurs, je veux commencer à prendre des mesures à cet égard. Je veux vous faire part aujourd’hui de quelques situations dans notre région de la province et du Canada qui montrent clairement certaines des disparités présentes dans notre population et qui illustrent comment nous pourrions utiliser différentes composantes de notre système de manière intégrée pour éliminer ces disparités. Je terminerai en évoquant quelques-uns des obstacles qui semblent nous empêcher d’aller de l’avant en ce sens.

Je vais tout d’abord attirer votre attention sur une carte de la région de Champlain. Elle se distingue des autres RLISS en Ontario, car elle est affiliée à trois unités de santé publique. Elle est exceptionnelle également parce qu’elle est, après tout, le cœur de la province. Vous trouverez des collectivités comme Pembroke nichées à la limite de la région desservie par ce RLISS. C’est un microcosme au Canada. Vingt pour cent de la population est francophone. Nous comptons des collectivités autochtones, le grand centre urbain d’Ottawa-Carleton, des communautés éloignées et de petites régions urbaines axées sur les services. Si nous pouvons faire bouger les choses dans la région de Champlain, nous pouvons fournir un modèle que nous pourrions appliquer ailleurs dans notre province ou dans d’autres régions du pays.

Sur le tableau intitulé « Profil des facteurs de risque », les quatre colonnes avec des cercles montrent l’existence d’un écart marqué entre les disparités. La ligne du bas fournit un aperçu des chiffres pour la ville d’Ottawa. J’attire votre attention sur le taux de mortalité par cause cardiovasculaire pour Ottawa — à la dernière colonne de gauche. Ce taux s’élève à 186,5 par 100 000 personnes. Des collectivités situées à 20 minutes à l’Est, à l’Ouest ou au Sud de la capitale enregistrent des taux de

Ottawa. Similarly, the risk factors identified in the remaining three columns with circled data show that exactly the same disproportionality exists between and among the regions of our LHIN, the risk factors and, therefore, not surprisingly, ultimately the morbidity and mortality of our citizens.

Recognizing these inequities, my colleagues at the University of Ottawa Heart Institute, long-schooled in the obligation and professional responsibility to serve the total community, decided that we would try to address, to the best of our ability, these disparities, given our role as a tertiary care organization, and use our credibility to catalyze the creation of the Champlain Cardiovascular Disease Prevention Network which might, in an integrated, cooperative, collaborative manner, using public health units, community health centres, voluntary health organizations, the education sector, the tourism and recreation sector and others as well as the health sector, begin to address these disparities and in so doing enhance the cardiovascular health of our communities.

En passant, it is very important to point out that if you address cardiovascular disease risk factors, you address virtually all chronic disease risk factors. As I am sure you are aware, we are facing a tsunami of chronic disease. In the next five to 10 years, public policy experts will be grappling with the challenge of how we possibly provide the chronic disease services that our population will require, just projecting the trends that we know are evident today. That is all the more reason we start to not only think outside the box but, if you will forgive me, build better boxes in terms of the way we begin to approach these kinds of problems.

We also identified for ourselves some targets. We would hope that we might be able to reduce premature deaths from cardiovascular and other forms of chronic disease — although this is just cardiovascular disease, heart disease, stroke and diabetes in this particular data set — by between 5,000 and 10,000 premature deaths by the year 2015. That is a pretty ambitious target, but there are things one can do simply by doing ordinary things extraordinarily well that might allow and permit you to approach the targets. You will have seen that we have identified specific targets for risk factors. I realize that I am using very much a medical model series of data, but in order to address that medical model series of data, it will be necessary to use a variety of social interventions, not the least of which will be to address some of the social inequities in our community.

The pyramid that appears on one of these charts indicates that we are hoping to be acting and active at each of these three levels. We want to act with the broad expanse of the general population so as to reduce the likelihood of risk factors ever developing, and that is where the greatest return on our investment will come. We want to act with those people in whom risk factors have become evident so they do not ultimately fall victim to the diseases that those risk factors would otherwise portend. We want to have

mortalité de 50 ou 60 p. 100 plus élevés qu'à Ottawa. De même, les facteurs de risque relevés dans les trois autres colonnes où des données sont encadrées révèlent que cette même disproportion existe entre et parmi les régions de notre RLISS, les facteurs de risque et, par conséquent, la morbidité et la mortalité de nos citoyens évidemment.

Reconnaissant ces iniquités, mes collègues à l'Institut de cardiologie d'Ottawa, qui en savent long sur l'obligation et la responsabilité professionnelles de servir l'ensemble de la collectivité, ont décidé que nous tenterions d'éliminer ces disparités du mieux que nous pourrions, vu notre rôle d'organisation de soins tertiaires, et d'utiliser notre crédibilité pour catalyser la création du Réseau de prévention des maladies cardiovasculaires de la région de Champlain. Nous pourrions éliminer ces disparités et ainsi améliorer la santé cardiovasculaire de nos collectivités grâce à une approche intégrée et une collaboration avec des unités de santé publique, des centres de santé communautaire, des organismes de santé bénévoles, ainsi que les secteurs de l'éducation, du tourisme, des loisirs, de la santé, entre autres.

En passant, il importe de souligner que si vous vous attaquez aux facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires, vous vous attaquez pratiquement à tous les facteurs de risque liés aux maladies chroniques. Comme vous le savez sans doute, nous sommes confrontés à un tsunami de maladies chroniques. Au cours des cinq à dix prochaines années, les experts en politique publique seront aux prises avec le défi de trouver un moyen d'offrir les services spécialisés en maladies chroniques dont aura besoin notre population, simplement en faisant une projection des tendances que nous observons de nos jours. Raison de plus pour non seulement sortir des sentiers battus, mais aussi, si je peux me permettre, trouver de meilleures approches pour régler ces types de problèmes.

Nous nous sommes également fixé quelques objectifs. Nous espérons pouvoir réduire de 5 000 à 10 000 d'ici 2015 le nombre de décès prématurés causés par des maladies cardiovasculaires ou d'autres maladies chroniques — même si cet ensemble de données n'englobe que les maladies cardiovasculaires, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète. C'est un objectif plutôt ambitieux, mais nous pouvons parfois nous rapprocher de notre but en faisant remarquablement bien des choses ordinaires. Vous avez remarqué que nous avons établi des objectifs précis pour les facteurs de risque. Je suis conscient de beaucoup utiliser une série de données inspirées du modèle médical, mais pour nous y attaquer, toutes sortes d'interventions sociales seront nécessaires, notamment pour éliminer certaines des iniquités sociales dans notre collectivité.

La pyramide qui figure sur l'une des diapos indique que nous espérons intervenir et participer à ces trois niveaux. Nous voulons travailler avec la population en général pour réduire la probabilité que des facteurs de risque se développent, et c'est là où nous obtiendrons le meilleur retour de nos investissements. Nous voulons collaborer avec ceux chez qui les facteurs de risque sont devenus évidents pour éviter qu'ils ne finissent par être victimes des maladies auxquelles ces facteurs de risque mèneraient

state-of-the-art secondary prevention processes in place so we are doing what we know to be best practice in terms of the management of those who fall ill as a consequence of our inability to intervene earlier with these other kinds of interventions.

In the moments that remain, let me give you a few examples of the way we are proposing to do this. We want, for example, in our region, in an integrated fashion, to operate at the level of the primary care practitioner, at the level of the hospital, at the level of the school system and community, and involve and engage all of the communications apparatus available in our region. I have picked out two examples that I think are intriguing and which apply a population health approach.

The first uses the population of all of those admitted to hospital. In Canada, if you are born in a hospital, within half an hour of being born, someone has to drop antibiotics in your eye to address neonatal conjunctivitis and someone has to collect urine from you in order for us to check for phenylketonuria. If you have foetal ketonuria. In many hospitals in Canada, you do not leave that hospital as a newborn unless accompanied by a nurse who makes sure that, as you go to the parking lot, you go home in an approved child seat properly installed in a car. Who would argue about those interventions? However, what if you go into most Canadian hospitals and ask how many patients admitted to your hospital last year were smokers? There is an embarrassed silence. Tobacco addiction is Canada's leading cause of preventable disease, disability and death, but our hospital sector until very recently has allowed this issue to fly below the radar.

At the University of Ottawa Heart Institute, we have developed what is now being referred to nationally and internationally as the Ottawa model, a process in which we identify every single patient admitted to a hospital as a smoker or a non-smoker and offer sensitive, non-judgemental and appropriate assistance to them as they deal with nicotine withdrawal while in hospital in an effort to significantly enhance the likelihood of their stopping smoking thereafter. The savings to our health system, if we could reduce smoking by even a small percentage in our population over the next decade, is incredible. The most powerful way to reach this population, if you do the numbers, is to multiply the number of smokers admitted to Canadian hospitals by the number of hospitals and apply this particular stratagem; the impact would be profound. We can do some very innovative things in the hospital setting to address this major public health issue.

Let me draw your attention to the issue headed dietary salt intake, which is another example of an approach that we would encourage you to examine from a truly population health perspective. Your average "free-grazing" human being, were he a hunter-gatherer a few centuries ago, would require only 1,500 milligrams of salt a day. Our bodies are constructed to operate on that intake. The typical salt intake of Canadians is more than two and a half times that today. If we could just

autrement. Nous voulons mettre en place des processus de prévention secondaire ultramodernes pour gérer du mieux que nous pouvons les gens qui tombent malades à cause de notre incapacité d'agir plus tôt grâce à ces types d'interventions.

Pendant le temps qu'il me reste, je vais vous donner quelques exemples de la manière dont nous nous proposons d'y parvenir. Dans notre région, nous voulons intervenir de façon intégrée auprès des professionnels des soins de santé primaires, des hôpitaux, du système scolaire et de la collectivité et faire participer tous les modes de communication disponibles dans notre région. J'ai choisi deux exemples qui sont intrigants, à mon avis, et qui appliquent une approche axée sur la santé de la population.

Le premier porte sur toutes les personnes admises à l'hôpital. Au Canada, dans les trente minutes suivant la naissance d'un enfant à l'hôpital, quelqu'un doit lui mettre des antibiotiques dans les yeux pour prévenir la conjonctivite néonatale et doit prélever un échantillon d'urine pour s'assurer qu'il n'a pas la phénylcétonurie, pour dépister la cétonurie fœtale. Dans bien des hôpitaux au Canada, le nouveau-né ne peut pas quitter l'hôpital avant qu'une infirmière ait vérifié que l'enfant rentre chez lui dans un siège d'auto approuvé et correctement installé. Qui contesterait ces interventions? Toutefois, que se passe-t-il si vous allez dans la plupart des hôpitaux canadiens et demandez combien de patients fumeurs ont été admis à l'hôpital l'an dernier? Un silence embarrassé s'installe. Le tabagisme au Canada est la principale cause de maladie évitable, d'invalidité et de décès, mais notre secteur hospitalier, jusqu'à tout récemment, a relégué ce problème aux oubliettes.

À l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, nous avons élaboré ce que nous appelons à l'échelle nationale et internationale le modèle d'Ottawa. Il s'agit d'un processus par lequel nous identifions chaque patient admis à l'hôpital comme étant fumeur ou non-fumeur et offrons du soutien adapté, non moralisateur et adéquat à tous ceux qui sont en sevrage de nicotine pendant leur séjour à l'hôpital en vue d'accroître considérablement les chances qu'ils cessent de fumer par après. Le système de santé réaliserait d'énormes économies si nous pouvions réduire le tabagisme, ne serait-ce que d'un pourcentage minime, au sein de notre population au cours des dix prochaines années. La façon la plus efficace de rejoindre ce groupe, si vous faites les calculs, c'est en multipliant le nombre de fumeurs admis dans les hôpitaux canadiens par le nombre d'hôpitaux et en appliquant ce stratagème particulier; les répercussions seraient profondes. Nous pouvons prendre des mesures très novatrices dans le milieu hospitalier pour régler ce grave problème de santé publique.

Permettez-moi d'attirer votre attention sur la consommation de sel dans l'alimentation, qui constitue un autre exemple d'approche que nous vous encourageons d'examiner vraiment du point de vue de la santé de la population. Il y a quelques siècles, le chasseur-cueilleur moyen n'avait besoin que de 1 500 milligrammes de sel par jour. Notre organisme est conçu pour fonctionner avec cette quantité. La consommation de sel des Canadiens est généralement deux fois et demie plus élevée de nos jours. Si nous pouvions

reduce salt intake, we could significantly reduce, on a population level, the blood pressure of Canadians, which would allow us to reduce by a factor of 12 to 14 per cent all of the strokes in Canada. We would reduce the number of premature heart disease deaths and, overall, dramatically have an impact on the health of the population. Ironically, the population is in some ways powerless to influence its salt intake. Why? Even if you take the salt shaker off the table, most of the salt we get comes in the processed or refined foods introduced by the food industry. A population health approach that said we will introduce public policy, as has been introduced in the United Kingdom, Sweden and elsewhere, that mandates the reduction of sodium in our processed foods would very easily accomplish a profound and significant reduction in premature morbidity and mortality. Food policies of the past have often dramatically influenced the health of the community, an example of which were the public policies introduced in Europe in the 1930s, of which frankly I am a beneficiary. As a result of the growth deprivation and resulting intellectual deprivation that was commonplace in Europe in the 1930s, European governments introduced policies that subsidized the availability of milk and high-fat foods and orange juice. As a child in England, I got fed a lukewarm, rancid bottle of milk every day at recess, which may account for the fact that I am six feet tall. Those public policies dramatically addressed the unfortunate situation that had existed in Europe.

A great biologist and philosopher once said that every society has a pattern of disease unique to it. Any force or factor that changes the social or physical environment will necessarily produce a change in the nature of the diseases that society addresses. Ladies and gentlemen, 40 per cent of Canada's children already have one major modifiable cardiovascular disease risk factor. They are obese and inactive. That is precisely as a consequence of the fact that we now have what has been described as an obesigenic environment. It will take population health approaches reflected in sensitive but strategic public policies if we are to redress those environmental circumstances and forestall that oncoming tsunami of chronic disease.

In the Champlain region, we are beginning to look at the ways in which we can, in our particular part of the province, affect these kinds of changes. We are looking at the ways we can work with urban governments and urban planners. We are trying to transform primary care practice and integrate in a coordinated manner the way in which we manage chronic disease. It has been said that it takes a health professional to diagnose a disease, but it takes a system to manage it. To this point, our systems have been fragmented; that must change.

This is a brief snapshot of what we are about in our region and what we aspire to. What is precluding our being successful? It is that the reallocation of resources has not kept up with the

réduire la consommation de sel, nous pourrions faire nettement baisser la tension artérielle de l'ensemble des Canadiens, ce qui nous permettrait de réduire de 12 à 14 p. 100 tous les accidents vasculaires cérébraux au pays. Nous diminuerions le nombre de décès prématurés attribuables aux maladies du cœur et, de manière générale, nous aurions une grande incidence sur la santé de la population. Ironiquement, les Canadiens sont, d'une certaine façon, impuissants quant à leur consommation de sel. Pourquoi? Même si vous cessez de saler vos aliments, la majorité de notre consommation de sel provient des aliments transformés ou raffinés introduits par l'industrie alimentaire. Une approche axée sur la santé de la population qui prévoit l'adoption d'une politique gouvernementale, comme celle instaurée au Royaume-Uni, en Suède et ailleurs, qui oblige à réduire le sodium dans nos aliments transformés, ferait très facilement et nettement chuter la morbidité et la mortalité prématurées. Dans le passé, les politiques alimentaires ont souvent eu une énorme incidence sur la santé des collectivités, notamment celles adoptées en Europe dans les années 1930, dont j'ai franchement bénéficié. En raison des pénuries alimentaires nuisant au développement intellectuel, qui étaient monnaie courante en Europe dans les années 1930, les gouvernements européens ont adopté des politiques qui subventionnaient la disponibilité du lait, d'aliments à forte teneur en gras et du jus d'orange. Puisque j'ai grandi en Angleterre, on me donnait à boire une bouteille de lait tiède rance tous les jours à la récréation, et c'est peut-être grâce à cela que je mesure maintenant six pieds. Ces politiques gouvernementales ont grandement contribué à améliorer la situation en Europe à l'époque.

Un grand biologiste et philosophe a dit un jour que toute société a des tendances qui lui sont uniques en matière de maladie. Toute force ou tout facteur qui modifie le contexte social ou physique engendrera nécessairement un changement dans la nature des maladies qu'affronte la société. Mesdames et messieurs, 40 p. 100 des enfants du Canada présentent déjà un important facteur modifiable de maladie cardiovasculaire. Ils sont obèses et inactifs. C'est précisément la conséquence de l'existence, maintenant, de ce qui a été appelé un environnement obésigène. Il faudra que la population adopte des habitudes saines que favorisent des politiques publiques délicates mais néanmoins stratégiques si nous voulons rétablir ce contexte environnemental et prévenir ce raz-de-marée prochain de maladies chroniques.

Dans la région de Champlain, nous commençons à étudier les moyens par lesquels nous pourrions, dans notre région particulière de la province, susciter ce genre de changements. Nous étudions des moyens de collaborer avec les administrations urbaines et les planificateurs urbains. Nous essayons de transformer la pratique des soins primaires et de l'intégrer de manière coordonnée notre mode de gestion des maladies chroniques. On a dit qu'il faut un professionnel de la santé pour diagnostiquer une maladie, mais il faut tout un système pour la gérer. Jusqu'à maintenant, nos systèmes ont été fragmentés; c'est ce qui doit changer.

Ce n'est qu'un bref instantané de ce que nous faisons dans notre région, et ce à quoi nous aspirons. Qu'est-ce qui fait obstacle à notre succès? C'est que la réaffectation des ressources

rhetoric. We have had three decades of rhetoric about the need for the prevention of disease and the promotion of health, but the funding mechanisms have not yet reconfigured themselves to facilitate the development of these kinds of integrated, state-of-the-art, evidenced-based, best practice models. Anything, ladies and gentlemen, that you can do using your good offices to influence public policy thinkers in this respect would be very welcome and I would argue is long overdue.

I thank you so much for taking the time to indulge me in this way this afternoon and I would be happy to respond to any of your questions, comments or criticisms.

The Chair: I understand Dr. Pipe has to leave at 5:30, so honourable senators, those of you who want to have at him, go right ahead, because I have never been able to handle him. I have tried for about 30 years.

I want to thank all of you, and it is wonderful to see the way the universe is unfolding in Ontario, I must tell you. That is not to suggest that everyone is happy with the LHINs and the way they are designed, but I must admit I think Ontario has, right now, one of the best ministers of health it has ever had. His heart is in the right place.

Senator Eggleton: I will pass that on to him.

The Chair: It is a fact, because he is moving in the right direction.

I have been surprised that the witnesses coming before us have never really referred to the point that Romanow made in his report, and that is that 50 per cent of disease arises from social determinants; 25 per cent of disease is dealt with through the health care delivery systems, yet we spend \$140 billion flat right there. We spend virtually nothing on the 50 per cent that is related to the determinants of health.

Dr. Pipe, you raised the point of how we can get there. I will ask all three of you, but let me prime it a little bit. It is too bad we could not have had someone with the public health agency with you today. We have had them here but we could not have them today. It would have been interesting to have someone from the Public Health Agency of Canada with you, Ms. Walsh, Ms. Pisko-Bezruchko and Dr. Pipe, as we go from the top to the ground in the system.

I want to ask all of you because Ms. Pisko-Bezruchko mentioned repeatedly the community health centres. I think our report will be advocating more community health centres in a very strong way. At that level, they can integrate with the other centres, and so forth, and with the other determinants of health.

I do want to ask all three of you to comment on how we, as a committee, can finally impress the powers that be in Canada, including our citizenry, that we are not investing

n'a pas suivi le discours. Nous avons eu trois décennies de discours sur la nécessité de prévenir les maladies et de promouvoir la santé, mais les mécanismes de financement n'ont pas encore été reconfigurés de manière à faciliter la création de ce genre de modèles de pratiques exemplaires intégrées, de pointe et fondés sur les preuves. Tout ce que vous pourrez faire, mesdames et messieurs, en usant de votre position pour influencer les responsables des politiques publiques dans le domaine serait très apprécié, et je dirais qu'on a assez tardé.

Je vous remercie infiniment d'avoir pris le temps de m'écouter ainsi cet après-midi, et je répondrai volontiers à vos questions, commentaires ou critiques.

Le président : J'ai cru comprendre que le Dr Pipe doit nous quitter à 17 h 30, alors honorables sénateurs, ceux d'entre vous qui voulez l'interroger, faites-le maintenant, parce que je n'ai jamais été capable de le manœuvrer. Voilà près de 30 ans que j'essaie.

Je tiens à vous remercier, tous, et je dois vous dire qu'il est merveilleux de voir la manière dont l'univers s'épanouit en Ontario. Ce n'est pas dire que tout le monde est satisfait des RLISS et de leur structure, mais je dois admettre que je pense que la province a, actuellement, l'un des meilleurs ministres de la Santé qu'elle ait jamais eu. Il a le cœur à la bonne place.

Le sénateur Eggleton : Je lui transmettrai ce commentaire.

Le président : C'est un fait, parce qu'il va dans le bon sens.

J'ai été étonné que les témoins qui sont venus devant nous n'aient jamais parlé de ce que disait M. Romanow dans son rapport, soit que 50 p. 100 des maladies sont la conséquence de déterminants sociaux; on en règle 25 p. 100 au moyen des systèmes de santé et pourtant, nous dépensons 140 milliards de dollars, pas moins, rien que là. Nous ne dépensons à peu près rien sur les 50 p. 100 de maladies liées aux déterminants de la santé.

Docteur Pipe, vous avez parlé de la manière dont nous pouvons y parvenir. Je vous interrogerai tous les trois, mais permettez-moi une petite entrée en matière. Il est dommage que nous n'ayons pas pu avoir quelqu'un de l'Agence de santé publique avec vous aujourd'hui. Nous les avons déjà accueillis ici, mais nous ne le pouvions pas aujourd'hui. Il aurait été intéressant d'avoir quelqu'un de l'Agence de santé publique du Canada avec vous, madame Walsh, madame Pisko-Bezruchko et docteur Pipe, pour cet examen du système de pied en cap.

J'aimerais vous poser une question à tous parce que Mme Pisko-Bezruchko a parlé à maintes reprises des centres de santé communautaire. Je pense que notre rapport plaidera vigoureusement en faveur d'un plus grand nombre de centres de santé communautaires. À ce niveau-là, ils peuvent être combinés aux autres centres, et cetera, et aussi aux autres déterminants de la santé.

J'aimerais vous demander à tous les trois de nous dire comment nous, en tant que comité, pouvons enfin faire comprendre aux autorités du Canada, y compris à notre

in the right place and that we have to change our thinking. We are about fifteenth in the world in health status and our health disparities are truly awful.

Ms. Pisko-Bezruchko's LHIN is tremendously interesting because there are terrible health disparities right there. We are blessed to have among us the former mayor of Toronto, who will be questioning you in a few minutes. I am not saying it is his fault.

Let me focus this: How can we get a system on the ground that can integrate the agencies, can deal with the homeless, with poverty, with food banks, with education and the other eight or 10 forces that are the determinants of health? Can we do this through the health sector alone with the community health centres? I do not think so. How do we get the community health centres built with the social services and plugged into the schools and that kind of thing?

Ms. Walsh: I was thinking about the Champlain LHIN because you have brought together public health and many other organizations with the health care sector. Public health has a long tradition in Ontario of using a determinants-of-health lens and reaching out and looking at the workplace, looking at the education sector, working with homeless and what have you. It is this kind of infrastructure, a collaborative mechanism, that allows people to come together and supports that planning.

The other challenge is then the resources that will be invested in those other aspects as you mentioned, because if you look at the amount of funding going into health care, versus strategies that are trying to prevent disease and promote health, in Canada it has been approximately 2 per cent to 3 per cent. That is a huge imbalance.

The other thing I want to mention is that I think in Ontario many communities also see the school as an important hub for reaching out to the community and providing a range of services. This is something we are seeing in Ontario, with the Ministry of Education, is how to build different initiatives through the school at the community hub as well.

Ms. Pisko-Bezruchko: From my two years in the LHIN, one of the observations I would have is that we need a mixture of approaches: we need a top-down kind of approach and we need a bottom-up approach, and we also need something in the middle as well. We have paid a lot of attention to the top-down and we have paid a lot of attention to the more powerful voices in our society, and it is time to really let the grassroots have a say. That is part of the mandate of the LHINs.

We are premised on community engagement, working with the public, ensuring that their voices and their needs are heard and that they have a role in decision-making about the system that they want. They are clearly articulating in our LHIN that it is not just a health system they want, it is a health and social services

population, que nous n'investissons pas là où il faut, et qu'il nous faut modifier notre mode de pensée. Nous sommes à peu près en quinzième place dans le monde, au plan de l'état de santé, et les disparités en matière de santé, au pays, sont vraiment catastrophiques.

Le RLISS de Mme Pisko-Bezruchko est des plus intéressants pour les énormes disparités en matière de santé qu'il y a là même. Nous avons la chance d'avoir parmi nous l'ancien maire de Toronto, qui vous posera quelques questions dans un moment. Je ne dis pas que c'est sa faute.

Permettez-moi de préciser ma pensée : comment pouvons-nous créer un système sur le terrain qui puisse intégrer les agences, qui puisse composer avec les sans-abri, avec la pauvreté, avec les banques alimentaires, avec l'éducation et les huit ou dix forces qui sont les déterminants de la santé? Est-ce que ce serait au moyen du secteur de la santé à lui seul, avec les centres de santé communautaires? Je ne le pense pas. Comment pouvons-nous combiner les centres de santé communautaires avec les services sociaux et les intégrer dans les écoles, et cetera?

Mm Walsh : Je pensais au RLISS de Champlain parce que vous y avez réuni des organismes de santé publique et bien d'autres encore avec le secteur de la santé. Voilà longtemps déjà que le secteur de la santé publique de l'Ontario applique l'optique des déterminants de la santé et s'intéresse au lieu de travail, au secteur de l'éducation, qu'il travaille avec les sans-abri et quoi encore. C'est ce genre d'infrastructure, un mécanisme de collaboration, qui fait que les gens s'unissent et appuient cette planification.

L'autre problème, c'est alors les ressources qui seront investies dans ces autres aspects dont vous avez parlé, parce que si on regarde les chiffres, au Canada, nous investissons dans les stratégies qui s'efforcent de prévenir la maladie et de promouvoir la santé entre 2 à 3 p. 100 de ce qui est investi dans les soins de santé. C'est un déséquilibre phénoménal.

L'autre chose que je voulais dire, c'est que je pense qu'en Ontario, bien des collectivités voient aussi dans l'école une plateforme importante pour rayonner dans la communauté et fournir une gamme de services. C'est quelque chose que nous observons en Ontario, la manière dont le ministère de l'Éducation intègre diverses initiatives par l'intermédiaire de l'école qui tient aussi lieu de carrefour communautaire.

Mme Pisko-Bezruchko : Depuis deux ans que je suis au RLISS, l'une des choses que j'aurais à dire, c'est qu'il nous faut une combinaison d'approches : il nous faut l'approche du style descendant, et aussi une approche ascendante, en plus de quelque chose d'intermédiaire. Nous nous sommes beaucoup concentrés sur l'approche descendante, et nous avons donné beaucoup d'attention aux voix les plus fortes dans notre société, et il est temps de vraiment laisser la population s'exprimer. C'est une part du mandat des RLISS.

Notre raison d'être, c'est l'engagement communautaire, travailler avec le public, nous assurer que ces voix et ces besoins soient entendus, que les citoyens aient voix au chapitre des décisions sur le système qu'ils souhaitent avoir. Ils disent clairement, dans notre RLISS qu'ils ne veulent pas seulement

system, it is healthy neighbourhoods, healthy communities. It is a very broad picture that Ontarians bring to the table. They do not think in terms of the traditional health care system when they start talking about their health. They talk about their families. The majority of them are the caregivers in our society. For seniors, 80 per cent of the caregivers are family and friends. They are not paid workers. They bring that bigger picture to the table and we need to keep listening to them and try to build their ideas into the system.

Ms. Walsh mentioned earlier that the Ministry of Health in Ontario is coming up with a 10-year plan. It is important that we have a longer-term vision for where we want to go. We hear over and over again that we have been talking about this, and I think Dr. Pipe has said this as well; we have talked about it and talked about it, but we need something that crosses political agendas, crosses terms, if I can put it that way, that are longer. We need something that will really excite people and make them want to mobilize and come together.

One of the things that we are doing in our LHIN now is working on an aging-at-home strategy, which the government has announced; the Minister of Health announced a \$700-million strategy. Part of that strategy is very exciting. It is building on grassroots organizations and the volunteerism that exists within our communities now, starting to look at what they are doing and building new ways of caring for people, supporting in this case seniors in the community.

We need to bring to bear the partnerships and the collaborations that I think all three of us have talked about, not only at a government level or not only in the traditional health care system or social services system, but all the other people. It will take multiple levels of government. I am not sure how you get there but I think, in Ontario anyway, we recognize that the federal government has to work in partnership with the provincial government.

One of the things I see as really important for helping us get an integrated system is electronic technology, information systems, to help people navigate through what is a really complicated system; not just health services but also the social services.

I am sorry I took so long to say that, but I feel passionate about it. The time is right for action. There are many pieces positioned well and we can really make some progress.

Dr. Pipe: We have a major challenge in terms of public education. While I think we are all agreed on the wisdom of the kind of approach that we have been supporting; I am not sure that the public is necessarily there yet. I think that notwithstanding our experience in some sectors, the public still equates health with access to health care facilities and health care

qu'un système de santé, mais un système de santé et de services sociaux, ce sont des quartiers sains, des collectivités saines. C'est une vaste perspective que les Ontariens apportent dans le débat. Ils ne pensent pas en termes de système traditionnel de soins de santé quand ils commencent à parler de leur santé. Ils parlent de leur famille. La majorité d'entre eux sont des soignants dans notre société. Quatre-vingt pour cent des soignants des aînés sont des membres de leur famille ou des amis. Ce ne sont pas des travailleurs rémunérés. Les Ontariens apportent cette perspective plus exhaustive dans le débat, et nous devons continuer de les écouter et essayer d'intégrer leurs idées au système.

Mme Walsh a dit plus tôt que le ministère de la Santé de l'Ontario va proposer un plan décennal. Il est important d'avoir une vision à plus long terme de l'objectif qu'on veut atteindre. Nous entendons tellement dire qu'on en a beaucoup parlé, et je crois d'ailleurs que le Dr Pipe l'a dit aussi; nous en avons parlé interminablement, mais il nous faut quelque chose qui se retrouve dans tous les programmes politiques, dans tous les mandats, et si je peux m'exprimer ainsi, qui vise plus loin. Il nous faut quelque chose qui stimulera vraiment les gens, qui les poussera à se mobiliser et à s'unir.

Il y a une chose que nous faisons, actuellement, dans notre RLSS, et c'est que nous travaillons sur une stratégie du vieillissement à domicile, que le gouvernement a annoncée; le ministre de la Santé a annoncé une stratégie à laquelle il a réservé 700 millions de dollars. Une part de cette stratégie est vraiment excitante. Elle s'appuie sur les organismes populaires et le bénévolat qui existent au sein de nos collectivités actuellement, en commençant par regarder ce qu'ils font pour ensuite concevoir de nouveaux moyens de s'occuper des gens, d'aider, dans ce cas-ci, les aînés dans la communauté.

Il nous faut rassembler les partenariats et les collaborations dont nous avons parlé tous les trois, je crois, non seulement au niveau gouvernemental ou au niveau des systèmes conventionnels de santé ou de services sociaux, mais aussi toutes les autres personnes. Il faudra l'apport de multiples niveaux de gouvernement. Je ne sais pas exactement comment nous pouvons y parvenir, mais je pense qu'en Ontario, en tout cas, nous reconnaissons que le gouvernement fédéral doit travailler en partenariat avec le gouvernement provincial.

L'une des choses que j'estime vraiment importantes pour nous aider à créer un système intégré, c'est la technologie électronique, les systèmes d'information, pour aider les gens à naviguer dans ce qui se trouve à être un système vraiment complexe; pas seulement les services de santé, mais aussi les services sociaux.

Pardonnez-moi d'avoir pris tellement de temps pour dire tout cela, mais vous voyez que ce sujet me passionne. Le moment d'agir est venu. Bien des éléments sont bien positionnés, et nous avons la possibilité de faire de véritables progrès.

Dr Pipe : Nous avons un énorme défi à relever, en ce qui concerne l'éducation du public. Bien que je pense que nous nous entendons tous sur le bien-fondé du genre d'approche que nous avons appuyé jusqu'ici, je ne suis pas sûr que le public en soit nécessairement à ce point-là. Je pense qu'en dépit de notre expérience dans certains secteurs, aux yeux du public,

professionals. I am not sure that when I go back to my hometown of Avonmore, Ontario, which is near Cornwall, that the kind of conversations that I am likely to have with people on the street will necessarily reflect an appreciation or understanding of the social determinants of health. We have a huge challenge to put this into perspective. A huge agency like the Public Health Agency of Canada can be very helpful in trying to stimulate the kind of discourse that will be necessary.

Ms. Pisko-Bezruchko has already mentioned that we need to stimulate longer term horizons in terms of political thinking. We must try to encourage our politicians, whom I admire. The task they do is unbelievable and the thanks they get are minimal, but we have to encourage them to take more than a short-term electoral cycle perspective. We need to try, if possible, to de-emphasize the back door approach to health policy through making partisan issues out of things that relate to access-to-care issues. I do not mean in the broad sense, but they immediately score some political points on these kinds of questions.

There must be an elevation of public consciousness. That will also be assisted by the changing demographics. As more of my generation become involved in caring for our parents, we will, all of a sudden, understand the importance and necessity of the integrated services, which our European colleagues have taken for granted for decades.

Finally, there are the information systems. I am embarrassed when I go outside this country and look at the information systems to which my colleagues in other health systems have access. We have gerbil-powered information systems in many of our institutions in Canada. If we are to manage chronic diseases, we need the ability to address and assess an array of factors that will simply not be possible unless we have information management tools like a universal electronic medical record at our disposal.

Senator Eggleton: Thank you very much for your presentations. I will try to get a few quick questions in here.

Ms. Walsh, you have outlined in your presentation what the Ontario government is doing in areas that relate to the social determinants of health. You have talked about the health care system, as is always part of it, but also the education system, tobacco control and the cabinet committee that is dealing with poverty reduction headed by Minister Matthews. These things seem typical to what government does. It does it in a silo context; vertical, up and down. How do you bring about coordination of all these? How do you bring about a coordinated set of priorities and strategy to deal with all these social determinants of health in some comprehensive context, as opposed to the traditional silo method?

Ms. Walsh: I am thinking about the interministerial committee we had on healthy living. When the Ontario Ministry of Health Promotion was created two years ago, part of the mandate of our

la santé, c'est l'accès aux établissements de soins de santé et aux professionnels de la santé. Je ne suis pas sûr, quand je retournerai dans ma ville d'Avonmore, en Ontario, près de Cornwall, que le genre de conversation que j'aurai sûrement avec des passants dans la rue reflétera nécessairement l'appréciation ou l'entendement des déterminants sociaux de la santé. Nous avons d'énormes défis à relever pour mettre ces aspects en perspective. Une énorme organisation comme l'Agence de santé publique du Canada peut faire beaucoup pour aider à stimuler le genre de discours qu'il faudra faire.

Mme Pisko-Bezruchko a déjà dit qu'il nous faut stimuler les horizons à plus long terme, dans la réflexion politique. Nous devons essayer d'encourager nos politiciens, que j'admire. La tâche qu'ils assument est phénoménale, et ils ne reçoivent qu'un minimum de remerciements, mais nous devons les encourager à viser plus loin que le cycle électoral à court terme. Nous devons nous efforcer, si c'est possible, de moins mettre l'accent sur l'approche discrète en matière de politiques de santé en faisant des enjeux partisans des questions liées aux problèmes d'accès aux soins de santé. Je ne dis pas cela dans le sens général, mais il y a des points politiques à marquer immédiatement avec ce genre de questions.

Il faut parvenir à élever la conscience publique. L'évolution démographique y contribuera. Tandis que de plus en plus de gens de ma génération devront s'occuper de nos parents, nous ne pourrons, soudainement, que comprendre l'importance et la nécessité de services intégrés, que nos collègues européens tiennent pour acquis depuis des dizaines d'années.

Enfin, il y a les systèmes d'information. Je suis gêné, quand je sors du pays, de voir les systèmes d'information auxquels mes collègues d'autres systèmes de santé ont accès. Nous avons des systèmes d'information archaïques dans bon nombre de nos établissements du Canada. Si nous voulons gérer les maladies chroniques, il nous faut pouvoir examiner et évaluer un éventail de facteurs, ce qui ne sera tout simplement pas possible à moins d'avoir à notre disposition des outils de gestion de l'information, comme un fichier médical électronique universel.

Le sénateur Eggleton : Merci beaucoup pour vos présentations. Je vais essayer de poser rapidement quelques questions.

Madame Walsh, vous avez parlé dans votre présentation de ce que fait le gouvernement de l'Ontario dans des domaines relatifs aux déterminants sociaux de la santé. Vous avez parlé du système de soins de santé, qui en fait comme toujours partie, mais aussi du système d'éducation, de la lutte contre le tabagisme et du comité du Cabinet qui se penche sur la réduction de la pauvreté, sous la direction du ministre Matthews. Ces démarches semblent typiques de ce que fait le gouvernement. Il fait dans un contexte cloisonné; vertical, ascendant et descendant. Comment proposez-vous de coordonner tout cela? Comment formuler une série coordonnée de priorités et une stratégie pour composer avec tous ces déterminants sociaux de la santé dans un contexte global, par opposition à la méthode cloisonnée traditionnelle?

Mme Walsh : Je pense au comité interministériel que nous avions sur le mode de vie sain. Quand le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario a été créé, il y a deux ans,

minister was to create an interministerial committee that allowed our minister to look across the provincial government and see what other ministries were doing. It was a chance to create that inventory and to address how to better coordinate it. Coming out of that, we created various initiatives such as the healthy schools framework and the fruits and vegetable initiative that I talked about earlier. We are looking with the new minister at a new mandate. That is, what kind of system can we support that will bring together the cross-government planning? I am not as familiar with the poverty committee because it is just getting under way, but my sense is that is how the government is looking at it, namely as a vehicle to use that lens across various investments and initiatives to see how those different activities can provide opportunities for Ontarians and lift them out of poverty.

Senator Eggleton: You are saying there is some coordination. What about at levels below the ministerial level or the central Government of Ontario level, the LHIN, for example, or other entities. Is there a message going from the government to them, from the premier to them, saying that we want you to take into consideration all of these social determinants of health; that is, a population health approach? Are they being encouraged to do that?

Ms. Walsh: I am not in the Ministry of Health but they have created a new equity office. That office has started to look at what kind of plans can be put in place that looks at the health and social side. That equity office has brought together officials from across Ontario who must start using that lens. Again, it is early days. I can provide you with a contact name and information for the kind of work that is happening. That is a very exciting development because it is working at an official's level.

Senator Eggleton: Let me move over to Ms. Pisko-Bezruchko. I think I have some understanding of the LHINs, but I am not sure if it is correct. Who makes up the LHIN? Who comes to the meetings?

Ms. Pisko-Bezruchko: To our board meetings?

Senator Eggleton: Yes.

Ms. Pisko-Bezruchko: Our board meetings are comprised of appointed individuals from within the community. They are appointed through order-in-council by the provincial government.

Senator Eggleton: They are not necessarily representing the stakeholders such as the hospitals?

Ms. Pisko-Bezruchko: No; they do not. They represent the community itself. Currently, our board has three vacancies. They are recruiting with an interest to reflect the diversity of our community.

un élément du mandat de notre ministre consistait à créer un comité interministériel qui lui permettrait d'examiner le gouvernement provincial pour voir ce que faisaient d'autres ministères. C'était une chance de créer cet inventaire et de trouver des moyens de mieux le coordonner. Au bout du compte, nous avons créé diverses initiatives, comme le programme des Écoles en santé, et celui des fruits et légumes dont j'ai parlé tout à l'heure. Nous envisageons un nouveau mandat avec le nouveau ministre. Nous nous interrogeons sur le genre de système que nous pouvons appuyer, qui unifiera la planification dans tout le gouvernement. Je ne connais pas très bien le comité sur la pauvreté, parce qu'il vient seulement de se mettre au travail, mais j'ai l'impression que c'est ainsi que le gouvernement le voit, c'est-à-dire comme un véhicule pour imprimer cette optique à tous les investissements et initiatives divers, dans le but de voir comment ces différentes activités peuvent ouvrir des portes aux Ontariens et les sortir de la pauvreté.

Le sénateur Eggleton : Vous dites qu'il y a certaine coordination. Qu'en est-il des échelons inférieurs au niveau ministériel ou au niveau du gouvernement central de l'Ontario, comme les RLISS, par exemple, ou d'autres entités? Est-ce qu'un message passe entre le gouvernement et eux, un message du premier ministre, disant nous voulons que vous teniez en compte tous ces déterminants sociaux de la santé; c'est-à-dire, que vous ayez une approche axée sur la santé de la population? Est-ce qu'ils sont encouragés à le faire?

Mme Walsh : Je ne suis pas au ministère de la Santé, mais il a créé un nouveau Bureau de l'équité. Celui-ci a commencé à étudier le genre de plan qui peut être mis en place pour examiner la question de la santé en rapport avec l'élément social. Ce Bureau de l'équité a rassemblé des fonctionnaires de partout en Ontario qui doivent commencer à appliquer cette optique. Là encore, c'est tout nouveau. Je peux vous donner les coordonnées d'une personne-ressource, et des renseignements sur le genre de travail qui se fait. C'est très intéressant, parce que ce sont des fonctionnaires qui y travaillent.

Le sénateur Eggleton : Permettez-moi de m'adresser maintenant à Mme Pisko-Bezruchko. Je pense que je comprends un peu les RLISS, mais je ne suis pas sûr d'avoir vu juste. Qui les crée? Qui assiste aux réunions?

Mme Pisko-Bezruchko : À nos réunions du conseil d'administration?

Le sénateur Eggleton : Oui.

Mme Pisko-Bezruchko : Nos conseils d'administration sont composés de personnes qui y sont nommées, des membres de la collectivité. Ils sont nommés par décret, par le gouvernement provincial.

Le sénateur Eggleton : Ce ne sont pas nécessairement des représentants des intervenants comme les hôpitaux?

Mme Pisko-Bezruchko : Non, pas du tout. Ils représentent la collectivité elle-même. Actuellement, notre conseil a trois postes vacants. Le recrutement se fait de manière à refléter la diversité de notre communauté.

Senator Eggleton: My impression of the LHIN is that it has been primarily focused on health care professionals or the institutions, the hospitals, et cetera, looking for money and that entire sort of stuff. You have a lot of big hospitals in the central LHIN, but you mentioned homelessness about three times. What do you do specifically, or what do you see as being done specifically on homelessness? Is it something that is a topic of discussion frequently at the LHIN meetings as opposed to talking about hospitals all the time?

Ms. Pisko-Bezruchko: Absolutely. Our board has created a special task force, a committee of the board that consists of board staff, as well as experts from within the community. They have appointed a special adviser from a community-based research organization in Toronto to develop a plan for the LHIN. We will be focusing on health disparities as a very important aspect of the work that we do. The board is very clear that, while accountability for the \$4 billion that we have as part of the health care system is very important, we must work to address the health outcomes or health status of the population that we serve. We know that we have very disadvantaged populations within the Toronto central LHIN. We also know that they disproportionately use health care services because of the adverse conditions in which they live, for example, or sometimes because of their genetic make-up or other issues due to their own personal circumstances. We are trying to focus on those who most need better access to health care systems so that we can start reducing the pressure on the acute care sector, for example. The acute care sector is the most expensive part of the traditional health care system, as contrasted to community-based services. If we build up the capacity of the community-based sector, it will relieve or depressurize the acute care sector.

Senator Eggleton: That really sounds good. I am really impressed with that. Are the other LHINs doing the same thing — not necessarily homelessness, but whatever else in that LHIN might be a social issue?

Ms. Pisko-Bezruchko: Each LHIN is different in terms of the geography and the population it has, so there are different focuses. I hear more and more from my colleagues that a population health lens and perspective is important in their work.

Senator Eggleton: Thank you. Dr. Pipe, this developing crisis on chronic disease certainly gets a lot of attention these days in the media. What do we get the federal government to do about it? We have had some smoking control programs for a while, but for obesity and inactivity, what do you think the federal government can do to advance the cause there?

Dr. Pipe: We still labour under the misconception that so many of these issues are the result of individual misbehaviour. I think we rather naively assume that individuals are more in control of their behaviour than, in fact, is the case. For instance, we can have

Le sénateur Eggleton : L'impression que j'ai des LRISS, c'est qu'ils sont centrés, en premier lieu, sur les professionnels de la santé ou les institutions, les hôpitaux, et cetera, la recherche de fonds, et ce genre de choses. Il y a beaucoup de grands hôpitaux dans le LRISS central, mais vous avez parlé au moins trois fois des sans-abri. Que faites-vous précisément, ou qu'envisagez-vous de faire précisément, en ce qui concerne les sans-abri? Est-ce que c'est un sujet de discussion fréquent aux réunions des LRISS, comparativement aux débats constants au sujet des hôpitaux?

Mme Pisko-Bezruchko : Absolument. Notre conseil d'administration a créé un groupe d'étude spécial, un comité du conseil, composé de membres du conseil et d'experts de la collectivité. Il a nommé un conseiller spécial d'une organisation de recherche axée sur la communauté de Toronto pour dresser un plan pour le LRISS. Nous allons nous concentrer sur les disparités en matière de santé, qui seront un aspect très important du travail que nous faisons. Le conseil a établi très clairement que, bien qu'il soit très important de pouvoir rendre compte des 4 milliards de dollars investis dans le système de santé, nous devons nous efforcer de travailler sur les résultats en matière de santé, ou sur l'état de santé de la population que nous desservons. Nous savons que nous avons des segments de population très défavorisés au LRISS central de Toronto. Nous savons aussi qu'ils recourent de manière disproportionnée aux services de santé à cause des piètres conditions dans lesquelles ils vivent, par exemple, ou parfois à cause de leur constitution génétique ou d'autres problèmes attribuables à leur situation personnelle. Nous essayons de nous concentrer sur ceux qui ont le plus grand besoin d'accès aux systèmes de santé pour pouvoir commencer à atténuer les pressions sur le secteur des soins primaires, par exemple. Le secteur des soins primaires est le plus coûteux du système de soins de santé conventionnel, par comparaison aux services communautaires. Si nous augmentons la capacité du secteur communautaire, il soulagera le secteur des soins de santé primaires, ou atténuera les pressions sur lui.

Le sénateur Eggleton : Cela paraît très prometteur. Je suis très impressionné. Est-ce que les autres LRISS font la même chose — pas nécessairement pour les sans-abri, mais à propos de tout autre enjeu social qui pourrait relever d'un LRISS?

Mme Pisko-Bezruchko : Chaque LRISS est différent, au plan géographique et de la population qu'il dessert, alors ils ont des points de mire différents. J'entends de plus en plus mes collègues parler de l'importance que prend l'optique et de la perspective de la santé de la population dans leur travail.

Le sénateur Eggleton : Merci. Docteur Pipe, cette nouvelle crise de maladies chroniques fait certainement couler beaucoup d'encre ces jours-ci, dans les médias. Que pouvons-nous amener le gouvernement fédéral à faire à ce sujet? Nous avons eu des programmes de lutte contre le tabagisme pendant un certain temps, mais au sujet de l'obésité et l'inactivité, que peut faire le gouvernement fédéral, selon vous, pour faire avancer la cause?

Dr Pipe : Nous nous débattons encore sous les préjugés voulant que tellement de ces problèmes sont la conséquence d'un mauvais comportement individuel. Je pense que nous partons naïvement du principe que les gens ont plus de contrôle

all the health promotion messages we want about eating fruits and vegetables, but if you are a single parent with limited income and the cheapest source of calories is at a convenience store in your neighbourhood because your neighbourhood is such that a large grocery chain will not locate there, you do not have the ability or opportunity to purchase healthy food. You know where I am going with that particular argument.

It comes back to things like the public policy instruments available to us. Just as we can influence the salt content of food, we can also change the perverse economic incentives that exist to make high-calorie fructose corn syrup, one of the cheapest ingredients that our food manufacturers can use. Sweden, for instance, has changed its tax structure so that it stimulates or subsidizes the purchase of healthy fruits and vegetables by raising the taxes on unhealthy high-fat high-sodium foods with no change in government revenues but a remarkable change in the eating patterns of the population. There is a brilliant, simple, straightforward way to begin to address the obesity epidemic.

The way we design our communities is the way we ultimately design ourselves. You only have to travel 15 minutes in either direction from here and you will see the malignant spread of suburbs that you can only navigate with a mall assault vehicle, with no sidewalks, and which fail the “popsicle test.” The popsicle test of urban planning is that you should be able to design a community in which a child, on a bicycle or on foot, can go to a neighbourhood store and buy a popsicle and get home before it melts. Those are the neighbourhoods in which purposeful, incidental, daily physical activity is possible.

The way we structure our cities, the way we subsidize or do not subsidize certain foodstuffs, are very powerful ways to influence the development of obesity. There are a variety of public policy instruments that allow us to get at that in those kinds of ways.

Senator Eggleton: Thank you for those answers.

Ms. Walsh: On that last question, I spoke about the pan-Canadian healthy living strategy. Federal-provincial-territorial governments worked together for several years to come up with a plan. The plan embedded the equity lens and looking at disparities and evidence. We would like to see a stronger commitment and investment to that kind of approach.

Senator Fairbairn: It is overwhelming to listen to you today with all of your backgrounds. You talked to us in a way that I personally have found easy to understand. So much of all of this subject, and in your own presentations, is not rocket science; it is common sense. You are the people who do it so well.

sur leur comportement qu'ils n'en ont en réalité. Par exemple, il peut circuler tous les messages de promotion de la santé que l'on veut sur la consommation de fruits et de légumes, mais pour un parent célibataire au revenu limité, si la source de calories la moins coûteuse est à un dépanneur de quartier parce qu'il n'y a pas de grandes chaînes d'alimentation dans ce quartier, il n'est pas tellement possible d'acheter des aliments sains. Vous savez où je veux en venir.

Tout cela revient aux éléments comme les instruments de politique publique que nous avons à notre disposition. Dans les mêmes mesures où nous pouvons influencer la teneur en sel des aliments, nous pouvons aussi modifier les incitatifs économiques pervers qui existent pour faire du fructose à haute teneur en calories avec du sirop de maïs, l'un des ingrédients les moins coûteux que nos fabricants puissent employer. La Suède, par exemple, a modifié sa structure fiscale pour stimuler ou subventionner l'achat de fruits et de légumes sains en augmentant les taxes sur les aliments malsains à haute teneur en gras et en sodium sans qu'il y ait le moindre effet sur les recettes publiques, mais cela a modifié de manière remarquable les habitudes alimentaires de la population. C'est un moyen brillant, simple et direct de commencer à faire face à l'épidémie d'obésité.

La manière dont nous concevons nos collectivités est celle dont nous concevons, au bout du compte. Il suffit de faire un quart d'heure dans une direction ou dans l'autre d'ici, pour constater la propagation maligne des banlieues dans lesquelles on ne peut naviguer qu'avec un petit véhicule d'assaut, dépourvues de trottoirs et qui échouent au test du « popsicle ». Le test du popsicle en planification urbaine, c'est qu'on devrait pouvoir concevoir une communauté dans laquelle un enfant, à bicyclette ou à pied, peut aller au dépanneur du coin acheter un popsicle et être rentré à la maison avant que le popsicle ait fondu. C'est le genre de quartier où l'activité physique concrète, quotidienne et valable est possible.

La manière dont nous structurons nos villes, dont nous subventionnons ou non certains aliments, sont des moyens percutants d'influencer le développement de l'obésité. Divers instruments de politique publique existent, qui nous permettent de le faire.

Le sénateur Eggleton : Merci pour ces réponses.

Mme Walsh : À propos de la dernière question, j'ai parlé de la stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains. Les gouvernements fédéral-provinciaux et territoriaux se sont concertés pendant plusieurs années pour dresser ce plan. Il enchâssait l'optique de l'équité et étudiait les disparités et les preuves. Nous aimerions voir un engagement et un investissement plus résolu à l'égard de ce type d'approche.

Le sénateur Fairbairn : Il est réjouissant de vous entendre aujourd'hui, avec vos expériences si diverses. Vous nous avez parlé d'une manière que, personnellement, j'ai trouvée facile à comprendre. Toute cette question relève en si grande partie, et vous l'avez fait comprendre dans vos présentations, du simple bon sens et non de la science. Vous êtes de ceux qui le font si bien comprendre.

When we listen to you, we can see the health problem. You can hear it, you can see it, and you can turn a coin and see what got it there. You have talked about smoking; you have talked about lack of activity; you have talked about obesity. You have even talked about difficulty with learning, which is something that has been very close to my heart for a long time.

I think we all feel frustration here. The frustration is that this is not rocket science and why can we not get on with some of these programs, instead of elevating people's futures to such a level that you are leaving them behind by doing that, whether it is health, learning or whatever. Governments seem to be doing this. I am not sure that anybody around this table can give me an answer, either, as to why we, in public life, are unable to vigorously suggest the kinds of activities that could be put into the lives of the people who are having the most difficulty.

Ms. Walsh talks about the report of the Health Council of Canada and the disparity between groups in Canadian society, a gap that must be reported and highlighted, and you say this is a difficult message to get across in the current environment where the public is preoccupied with funding for health care, but it needs to be done.

Why is it that we, who sit on Parliament Hill, cannot seem to pull together as an institution, including a government, an opposition, the whole thing? Why is it so difficult to get this message through to people who are in a position to change it, yet it does not easily happen? I must say this particular committee, over the past few years, has probably done one heck of a lot in getting off Parliament Hill and going out into the country and getting messages out.

What do you see as your biggest barriers to getting to what is so vividly obvious? What is it that stops when you come to governments and programs and things like that? They may sound great on paper, but are not a reality for people who are having the difficulties and who need help.

Ms. Walsh: Most people think: What does this have to do with me and how does it affect me? I was thinking about healthy child development and how 15 years ago there was very little investment at the provincial and federal levels around healthy child development. You might remember champions like Fraser Mustard.

Senator Fairbairn: Absolutely; God bless the man.

Ms. Walsh: He began translating into messages that were easily understandable. Most important, he reached out to the non-traditional sector, business leaders. How does this affect the economy? How does this affect Canada's prosperity? We have to find a way to take these terms that are jargon and that present a barrier. What does health promotion mean? It is not intuitive. What is population health? We have a barrier around our language. We need to find a way to reach out to sectors that

À vous écouter, nous pouvons cerner le problème de santé. Il est possible de l'entendre, de le voir et puis de tourner la médaille, et de voir à l'endos comment nous en sommes arrivés là. Vous avez parlé de tabagisme; vous avez parlé de manque d'activité, vous avez parlé d'obésité. Vous avez même parlé de difficultés d'apprentissage, un sujet qui me tient beaucoup à cœur depuis très longtemps.

Je pense que nous ressentons tous de la frustration, ici. La frustration vient du fait que ce n'est pas une science inapprochable, alors qu'est-ce qui nous empêche de réaliser certains de ces programmes, plutôt que de chercher à créer pour la population un avenir si élevé qu'on la laisse derrière ce faisant, que ce soit au plan de la santé, de l'apprentissage ou quoi que ce soit d'autre. On dirait que c'est la faute des gouvernements. Je ne sais pas si quiconque, autour de cette table, peut me dire, aussi, pourquoi nous, gens publics, sommes incapables de suggérer fermement le genre d'activités qui pourraient être intégrées à la vie des gens qui éprouvent le plus de difficulté?

Mme Walsh parle d'un rapport du Conseil canadien de la santé, et des disparités entre groupes de la société canadienne, une inégalité qu'il faut dénoncer et faire ressortir, et vous dites que c'est un message difficile à faire passer dans le contexte actuel où le public se préoccupe du financement des soins de santé, mais il faut néanmoins le faire.

Comment se fait-il que nous, qui siégeons sur la Colline parlementaire, ne semblons pas pouvoir nous unir en tant qu'institution, avec un parti au pouvoir, des partis de l'opposition et tout le reste? Pourquoi est-il si difficile de faire passer le message à des gens qui sont en mesure de changer les choses, et qui pourtant, font trop peu? Je dois dire que ce comité-ci, depuis quelques années, a certainement fait beaucoup pour sortir du Parlement et aller sillonner le pays, pour faire passer le message.

Quels sont, selon vous, les plus grands obstacles à un objectif si clairement nécessaire? Qu'est-ce qui freine les gouvernements, les programmes, ce genre de choses? Sur papier, tout a l'air parfait, mais ce n'est pas la réalité pour les gens qui sont en difficulté et ont besoin d'aide.

Mme Walsh : La plupart des gens pensent : en quoi est-ce que cela me concerne, en quoi est-ce que cela me touche? Je pensais justement au développement d'un enfant en santé, et comment il y a 15 ans, les gouvernements provinciaux et fédéraux investissaient tellement peu dans le développement sain des enfants. Vous vous appelez sûrement des champions comme Fraser Mustard.

Le sénateur Fairbairn : Absolument, Dieu le bénisse.

Mme Walsh : Il a commencé à traduire les messages pour les rendre faciles à comprendre. Plus important encore, il a tendu la main au secteur non traditionnel, les dirigeants d'entreprises. Quels en sont les effets sur l'économie? Quels en sont les effets sur la prospérité du Canada? Il nous faut trouver un moyen d'éliminer les termes qui ne sont que du jargon et qui forment des obstacles. Qu'est-ce que la promotion de la santé? Ce n'est pas intuitif. Qu'est-ce que la santé de la population? Nous avons une

traditionally have not thought or cared about these things and see how that will affect the global competition for talent; how does that affect the communities that you live in? Maybe we can find a way to get champions who can easily convey those messages. When the Romanow report came out, there was a very tiny paragraph dealing with these kinds of issues. Recently, Roy Romanow came to speak at a conference we had at our ministry and I asked him where that chapter was that tried to explain to Canadians: "Okay, I have gone on to explain the health care system, but at the crux of it let us look at the root causes as to why people are getting sick and who is being affected." He mused about this unwritten chapter. It would be timely if you were to write that chapter. It is the same thing with the Kirby report. There was a reference to this being a very complex issue but not really offering an answer. This is the chance to provide that unwritten chapter and then to have many champions to go into non-traditional areas.

Fraser Mustard opened many doors for those others who were champions for programs to support child development who could not get access or attention, because he was able to make that business case.

In Ontario, for example, through Sheela Basrur's leadership, she approached her colleagues in the Ministry of Labour and said "Let us create a table that brings union and business representatives together to start talking about building healthy work places." A number of business leaders recognized that this affected their bottom line, if we can keep the workforce healthy. Yet we still do not see most workplaces having comprehensive workplace health. One of the things I have been thinking about is how to reach out beyond the traditional sectors that care about health and social issues to the business sector, to translate into how this will affect Canada's prosperity.

Senator Fairbairn: We are in a society now where learning is absolutely critical. However, for some reason government and other parts of society have been letting go on the whole issue of literacy, at whatever level, that helps people get through the days.

You mentioned Fraser Mustard, bless his heart. He was at the University of Lethbridge three weeks ago talking about this subject, and how you started the minute the child was born and got on with it. From then on, it is hoped that you could have a whole generation of human beings who were able to climb up that ladder and understand the kinds of things that you are talking about. That has been slipping rather badly in the last few years, too.

barrière autour de la langue. Il nous faut trouver un moyen de toucher les secteurs qui, de toujours, n'ont pas pensé à ces questions ou ne s'y sont pas intéressés, et cerner les effets qu'il pourrait y avoir sur la compétition mondiale pour le talent; en quoi cela touche-t-il les collectivités dans lesquelles on vit? Peut-être pouvons-nous trouver des champions qui pourraient facilement faire passer ces messages. Quand le rapport Romanow a été publié, il y avait un tout petit paragraphe qui traitait de ce genre de problèmes. Récemment, Roy Romanow est venu prononcer une allocution à une conférence que nous avons à notre ministère, et je lui ai demandé si ce chapitre était une tentative pour expliquer aux Canadiens : « Voilà, j'ai fait ce qu'il faut pour expliquer le système de soins de santé, mais le point crucial, c'est qu'il faut examiner les causes fondamentales qui font que les gens deviennent malades, et qui le devient ». Il a réfléchi à ce chapitre non écrit. Il serait bon maintenant que vous l'écriviez. C'est la même chose avec le rapport Kirby. Il y avait un endroit où on lisait que c'était un problème très complexe, sans vraiment offrir de réponse. Ceci est une chance de rédiger ce chapitre non écrit, et que des tas de champions aillent faire une percée dans les secteurs non traditionnels.

Fraser Mustard a ouvert bien des portes pour d'autres qui étaient des champions de programmes d'appui au développement de l'enfance et qui n'arrivaient pas à obtenir l'accès ou à attirer l'attention, rien qu'en présentant cette analyse.

En Ontario, par exemple, grâce au leadership de Sheela Basrur, elle est allée voir ses collègues du ministère du Travail et a dit « Créons une table autour de laquelle nous réunirons des représentants des entreprises et les syndicats pour amorcer un dialogue sur la constitution de milieux de travail sains ». Plusieurs dirigeants d'entreprise ont reconnu que si on pouvait préserver la santé de l'effectif, cela aurait une incidence sur leur bilan. Et pourtant, la plupart des milieux de travail n'ont toujours pas de programme exhaustif de santé au travail. Je me demande déjà depuis un certain temps comment on peut tendre la main au-delà des secteurs traditionnels qui se préoccupent de la santé et des enjeux sociaux, vers le secteur des affaires, pour faire comprendre l'incidence que ces enjeux peuvent avoir sur la prospérité du Canada.

Le sénateur Fairbairn : Nous sommes dans une société, maintenant, où l'apprentissage revêt une importance absolument fondamentale. Cependant, pour une raison ou une autre, le gouvernement et d'autres segments de la société ont négligé tout l'aspect de l'alphabétisation, à quelque niveau que ce soit, qui aide la population dans le quotidien.

Vous avez parlé de Fraser Mustard, Dieu le bénisse. Il était à l'Université de Lethbridge il y a trois ans, pour parler de ce sujet, et de la nécessité de se mettre à l'œuvre dès le moment où naît l'enfant. De là, on peut espérer pouvoir créer toute une génération d'êtres capables de grimper cette échelle et de comprendre le genre de choses dont vous parlez. Il y a eu un certain laisser-aller depuis quelques années, aussi.

What can we do in a simple way — with our friends in Parliament, in government, in all the parties — to put things in a very vivid way, so that they will not say “Well, you do not need to worry about that”? What is the biggest thing we have to worry about, other than children?

Ms. Pisko-Bezruchko: I am not sure why everyone is looking at me, but I think I alluded to E-health and the need for a common platform for an enabler to help us learn more about the population that we have in Canada; to connect the dots for people to help them access the system and get the care they need when they need it. Right now, there are many people who do not know where to turn for help.

We need to reach out into neighbourhoods to engage people on the street — the neighbours, the friends, the family — to help them understand and reach out and support their friends and neighbours. Again, it is getting back to the grassroots kind of perspective.

Just as a microcosm kind of example, when we started our community engagement in the Toronto Central LHIN, because it was so big we divided the area up into relatively homogenous, socio-economic neighbourhoods. We gathered a lot of information about those neighbourhoods and we took a little one-page fact sheet to people. We said “Here is what the neighbourhood looks like; here are your health behaviours and here is what you look like in terms of your education,” and so on. People said, “Wow, we did not know that about ourselves; can you give us more of this kind of thing?”

Part of the method is engaging people in the discussion and making it real to them. To make it real to them, you cannot give them data and information at a Canadian level. It has to be in their neighbourhood, and it has to involve their grocery store, their pharmacy, their banker — all those non-traditional people that we were talking about today — to start having a very different kind of conversation about what health care is or what health means to people in Ontario and in Canada.

Dr. Pipe: I think there is a real challenge in enhancing public understanding of these factors. There is a slide that I often show, which looks at the reduction in mortality from tuberculosis over 135 years; it went from here down to here. The interesting thing was that it was about here before we even realized what caused tuberculosis; and it was here before we found out any way to intervene to treat or prevent tuberculosis. It makes very powerfully the connection between social environment and health, because it was changes in the urban environment — civil engineering, access to food, an overall level of economic well-being — that contributed to the reduction in that disease. You could superimpose all of the diseases of the late 19th and early 20th century on the graph.

Que pouvons-nous faire, simplement — avec nos amis du Parlement, du gouvernement, de tous les partis — pour rendre tout cela très clair, pour qu'ils ne disent pas « Laissez, vous n'avez pas à vous en inquiéter »? De quoi devrions-nous le plus nous inquiéter, à part les enfants?

Mme Pisko-Bezruchko : Je ne sais pas exactement pourquoi tout le monde me regarde, mais je pense avoir parlé de la cybersanté et de la nécessité d'une plate-forme commune, d'un outil habilitant qui nous aide à mieux nous informer sur la population que nous avons au Canada; pour créer les liens afin d'aider les gens à accéder au système et à obtenir les soins dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin. Actuellement, bien des gens ne savent pas vers qui se tourner pour obtenir de l'aide.

Il faut rayonner dans les quartiers pour engager les passants dans la rue, les voisins, les amis, la famille — pour les aider à comprendre leurs amis et voisins, et à leur tendre la main. Là encore, on revient à une perspective qui part de la base.

C'est un peu un exemple de microcosme. Quand nous avons lancé notre initiative d'engagement communautaire au RLISS de Toronto Centre, comme le secteur était tellement vaste, nous l'avons divisé en quartiers socioéconomiques relativement homogènes. Nous avons rassemblé beaucoup de renseignements sur ces quartiers et nous avons distribué une petite feuille de faits saillants. Nous avons dit « Voici une description du quartier; voici vos comportements en matière de santé, et voici votre portrait, en termes d'éducation », et cetera. Les gens disent « Eh bien, nous n'en savions pas tant à notre sujet; pouvez-vous nous en dire plus? »

La méthode consiste en partie à engager la population dans le débat et à le rendre concret pour eux. Pour qu'il soit concret, on ne peut pas leur donner des données et des renseignements au niveau canadien. Il faut que ces données concernent leur quartier, leur magasin d'alimentation, leur pharmacie, leur banque — tous ces éléments non traditionnels dont nous parlions aujourd'hui — pour commencer à avoir un débat très différent sur la nature des soins de santé, ou ce que signifie la santé pour les gens de l'Ontario ou du Canada.

Dr Pipe : Je crois que c'est un véritable défi que d'enrichir la notion qu'a le public de ces facteurs. Il y a une diapositive que je montre souvent, qui illustre la réduction de la mortalité attribuable à la tuberculose sur une période de 135 ans; elle est allée de là à ici. Ce qui est intéressant, c'est qu'elle était à peu près à ce niveau-ci avant que nous cernions les causes de la tuberculose; et il a fallu qu'elle se rende jusque-là avant qu'on trouve un moyen d'intervenir pour traiter ou prévenir la tuberculose. Cela démontre de manière percutante le lien entre le milieu social et la santé, parce que ce sont des changements apportés dans le milieu urbain — le génie civil, l'accès aux aliments et le niveau général de bien-être économique — qui ont contribué à réduire l'incidence de cette maladie. On pourrait superposer toutes les maladies de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècles sur ce graphique.

Similarly, when people hear the story of Dr. John Snow, who eliminated the cholera epidemic in London by dismantling the pump that was spewing out infected water, they immediately understand the connection between the environment and a particular health problem. They need to make the same kind of connection to some of the other issues which now influence and affect our social and physical environment.

I am a Fraser Mustard disciple, like most of us around this room, I suspect. I think he would say if you want to have the greatest return on investment, have healthy mothers and healthy young children. You will then have a safe and healthy society. The degree to which you address the inequities between the richest and the poorest in your societies is the degree to which you will produce the healthiest, safest, and arguably the most civil society. Those are difficult messages to sell to people of various political persuasions, so there is a challenge for us there.

Senator Fairbairn: There is a challenge for us, too. Each one of us has an opportunity, wherever we live in Canada, to learn a lot of things through what we do — just as we are learning today. It is a question almost of things becoming so scientific. You can see it with all of the numbers that you hear right across Canada almost every day — that we are having a problem because we do not have a workforce that is able to take advantage of the new way of learning. That fascinating science has brought us a new way of learning, but without individuals being able to get there.

It seems to me that we must understand that better. In terms of telling people what they should do, we should be trying to tell people that things have changed; things are different. However, learning how to live their lives, how to step forward and learn how to read and eat properly and do all these other things — those are still very basic. Sometimes we get well beyond basics.

Maybe that is something that we have to learn. Are there any thoughts on that?

The Chair: We looked at the maternal health program in Cuba. Senator Cook will be next, and I do not know if she will be commenting on it or not, but it is astounding what they did there with very little.

Senator Cook: It is overwhelming for me to understand what is in front of me, simply from a numbers point of view. I come from the Province of Newfoundland and Labrador. You put more people through your system in one day than my total population. When I attempt to understand how you do what you do — forgive me, I do not mean to be flippant — I will need to sleep on it. To look for the ideal that Dr. Keon is looking at and taking us along on this journey, there are a lot of barriers or rocks along the way.

De même, quand on entend l'histoire du Dr John Snow, qui a enrayé l'épidémie de choléra à Londres en démantelant la pompe qui crachait de l'eau infectée, ils ont immédiatement saisi le lien entre l'environnement et un problème de santé particulier. Ils doivent faire le même rapport avec d'autres problèmes qui influencent et touchent maintenant notre environnement social et physique.

Je suis un disciple de Fraser Mustard, comme la plupart d'entre nous dans cette salle, j'en ai l'impression. Je pense qu'il dirait que si on veut avoir le meilleur rendement possible sur un placement, il faut avoir des mères en santé et de jeunes enfants en santé. C'est alors qu'on aura une société en santé et en sécurité. La mesure dans laquelle on comblera les disparités entre les plus riches et les plus pauvres de notre société est la mesure dans laquelle on arrivera à produire la société la plus saine, la plus sûre et, on pourrait le soutenir, la plus civile. Ce sont des messages difficiles à faire comprendre aux gens d'allégeances politiques diverses, alors c'est un défi pour nous.

Le sénateur Fairbairn : Il y a un défi pour nous aussi. Chacun d'entre nous, ici, a eu l'occasion, où que nous vivions au Canada, de beaucoup apprendre grâce à ce que nous faisons — comme nous apprenons encore aujourd'hui. C'est une question, presque, de ce que tout devient tellement scientifique. Vous pouvez le constater avec tous les chiffres qui circulent dans tout le Canada, presque chaque jour — que nous avons un problème parce que nous n'avons pas une population active capable de tirer parti des nouveaux modes d'apprentissage. Cette science fascinante nous a offert un nouveau mode d'apprentissage, mais l'individu ne peut même pas se rendre jusque-là.

Il me semble que c'est ce qu'il nous faut mieux comprendre. Quant à dire à la population ce qu'elle devrait faire, nous devrions plutôt essayer de lui faire comprendre que les choses ont changé; elles sont différentes. Cependant, l'apprentissage de la manière de vivre sa vie, de faire son chemin et d'apprendre à lire et à manger correctement, de faire toutes ces choses — ce sont encore des éléments très fondamentaux. Parfois, nous allons bien au-delà des éléments fondamentaux.

Peut-être est-ce ce qu'il nous faut apprendre. Y a-t-il des commentaires là-dessus?

Le président : Nous avons étudié le programme de santé des mères à Cuba. Ce sera au sénateur Cook de prendre la parole, et je ne sais pas si elle en parlera, mais il est fascinant de voir combien ils ont pu faire avec si peu.

Le sénateur Cook : Je me sens dépassée quand je comprends tout ce qui est présenté, de divers points de vue. Je viens de Terre-Neuve-et-Labrador. Vous faites passer par votre système en une journée plus de personnes que n'en a toute la population de ma province. Quand j'ai essayé de comprendre comment vous arrivez à faire ce que vous faites — pardonnez-moi, je ne veux pas vous sembler désinvolte — je me rends compte qu'il faudra que je réfléchisse. Avant de réaliser le monde idéal que recherche le Dr Keon et entreprendre ce périple, nous rencontrerons beaucoup d'obstacles ou d'ornières sur le chemin.

Dr. Pipe, you talked about everything except the food industry. How do you legislate common sense? When I was a child, I got a bag of chips; I think they were 25 cents or something. Now there are all kinds of varieties in the supermarket; and it is not the little bag now, they are big bags. They are laced with salt and they are wonderful.

How far can you go in a democracy to legislate against the food industry? Where do you begin?

Looking at it from a child's point of view, during my schooldays, I went home to lunch. Children get on buses now and they drive all day long. What do you put into a sandwich other than processed food? We are what we eat? How do we manage that?

Dr. Pipe: Thank you for your questions. It certainly is not easy, but the great triumph of the public health movement of the 20th century was the fact that it legislated standards for the food and water industries. Those standards related to quality and purity. Now our standards must, perforce, address issues such as quantity — how much salt you put in the food, for instance. You can use all of the standard political instruments and levers to influence food industry practice. It is done in other jurisdictions. I am sure we are equally as deft politicians as our Swedish colleagues. Why can we not do what people do in other places? You give incentives that favour the production of healthier foods. We are seeing this emerge in the ultimate free market community of the United States. People in places such as New York City want to regulate the density of fast food franchises.

I understand the challenges of developing public policy that affects big industry. I bear a number of scars from the tobacco wars. However, one can do ordinary things extraordinarily well by beginning to address these issues. In so doing, you influence the consumption patterns of children and mothers, and you make healthier food more accessible and more affordable.

You mentioned children walking to school. We have very unusual policies in Canada with regard to the degree that we put kids in yellow containers with wheels on each corner and move them around. Ninety-one per cent of Canadian children have bicycles; only 5 per cent of them ride them to school.

I was in Fredericton a few weeks ago, at a conference about childhood obesity. Someone said that a directive had come home from a school principal asking that children not go to schools on bicycles because the bicycles were being left in the areas where vans pulled up to drop children off. There is something very wrong with that picture.

Humans are brilliant and logical, but they are also remarkably stupid and illogical at times. Edmund Burke once said, "The challenge is to do today what men and women of intelligence and good will would wish 10 or 15 years hence had been done." We are already at levels of obesity in Ontario that were anticipated to

Docteur Pipe, vous avez parlé de tout sauf du secteur alimentaire. Comment légiférer le bon sens? Quand j'étais enfant, j'ai reçu un sac de chips; je crois qu'il coûtait 25 ¢, ou quelque chose comme ça. Maintenant, il y en a toutes sortes de variétés à l'épicerie; et ce ne sont plus de petits sacs, maintenant, ce sont de gros sacs. Ils sont bourrés de sel, et ils sont délicieux.

Jusqu'où peut-on aller dans une démocratie pour légiférer contre le secteur alimentaire? Par où commencer?

Si je regarde la situation du point de vue d'un enfant, quand j'étais à l'école, j'allais manger à la maison le midi. Les enfants prennent l'autobus maintenant, et ils font beaucoup de chemin. Que mettre d'autre dans un sandwich que des aliments traités? Qu'est-ce que nous pouvons manger? Comment gérer cela?

Dr Pipe : Merci pour votre question. Ce n'est certainement pas facile, mais le grand triomphe du mouvement de santé publique du XX^e siècle a été la législation de normes pour les secteurs des aliments et de l'eau. Ces normes touchent à la qualité et à la pureté. Maintenant, une norme doit, forcément, viser des aspects comme la quantité — la teneur en sel des aliments, par exemple. On peut exploiter tous les instruments et leviers politiques pour influencer les pratiques du secteur alimentaire. Cela se fait dans d'autres territoires de compétence. Je suis sûr que nous avons des politiciens tout aussi déterminés que nos collègues suédois. Pourquoi ne pouvons-nous pas faire ce que d'autres font ailleurs? Nous créons des incitatifs qui favorisent la production d'aliments plus sains. Nous en observons l'émergence dans la communauté ultime du marché libre des États-Unis. Des gens en des lieux comme New York veulent réglementer la densité des franchises de restaurants-minute.

Je comprends les défis que pose l'élaboration de politiques publiques qui touchent les grandes industries. La guerre contre le tabagisme m'a laissé plusieurs cicatrices. Cependant, il est possible de faire des choses ordinaires extraordinairement bien en commençant par s'attaquer à ces problèmes. Ce faisant, on influence les modèles de consommation des enfants et des mères, et on fait en sorte que les aliments plus sains soient accessibles et plus abordables.

Vous avez parlé des enfants qui vont à l'école à pied. Nous avons des politiques très inusitées au Canada, qui font que nous enfonçons les enfants dans des conteneurs jaunes avec des roues à chaque coin de rue, pour les transporter. Quatre-vingt-onze pour cent des enfants du Canada ont des bicyclettes; seulement 5 p. 100 d'entre eux s'en servent pour se rendre à l'école.

J'étais à Fredericton il y a quelques semaines, à une conférence sur l'obésité chez les enfants. Quelqu'un a dit qu'il fallait qu'un directeur d'école donne une directive pour empêcher les enfants d'aller à l'école à bicyclette, parce que les bicyclettes étaient laissées dans des secteurs où les fourgonnettes venaient déposer des enfants. Il y a dans ce tableau quelque chose qui ne va vraiment pas.

Les humains sont brillants et logiques, mais ils sont aussi remarquablement bêtes et illogiques, parfois. Edmond Burke a dit un jour « le défi est de faire aujourd'hui ce que les hommes et les femmes souhaiteront dans dix ou quinze ans qu'elles aient été faites ». Nous avons déjà atteint en Ontario un taux d'obésité qui

occur by the year 2015. We cannot afford to wait any longer for some of these imaginative public policy interventions. I have seen the crisis and it is here.

Senator Pépin: With regard to food in schools, Quebec has passed a law that no fast food restaurant can be installed in schools and no French fries or other such food can be available in schools. I agree with what you said about bicycles, but I do not know whether I would put children in Montreal on a bicycle to go to school.

Perhaps schools could send home suggestions for lunches that parents can prepare to send to school. Is there a network in the schools for such a plan?

Dr. Pipe: I understand, and to a great extent I agree. However, we have some very real challenges. We focus upon the schools as if that is the key to influencing child behaviour. In the Champlain region, we are focusing on school-aged children, because so much of their time is spent outside the school.

Here are some unique challenges: We have the data on the incidence of obesity and inactivity in children in the Champlain region because we did our homework, and it is consistent with national levels. We have completed, but not yet released, a survey of parents in the Champlain region that asked them to tell us about their children. Not surprisingly, all the parents surveyed in the Champlain region told us that their children are not obese; that they are all vibrantly physically active. There is a remarkable disconnect between what the data tells us and what parents understand and appreciate about their own children.

There are significant educational challenges here, and some of the vehicles you have identified could be helpful in addressing them. For every complex array of problems, there is probably an array of solutions, none of which individually would suffice.

[*Translation*]

Senator Pépin: The implementation of health policies of course requires not only the involvement of the various governments but also of governmental organizations, of the private sector or perhaps of universities. Earlier, someone briefly mentioned the role of the federal government, so I am wondering what role the federal government may or may not have played to support or hinder the transition to a focused approach to population health in your province?

Were municipalities involved as well? Was there a resistance, shall we say, to supporting your program? Were other areas, like the private sector or universities, involved at all? If not, what else can be done to get their support?

avait été prévu pour 2015. Nous ne pouvons pas nous permettre d'attendre plus longtemps certaines de ces interventions des politiques publiques créatives. J'ai constaté la crise, et elle est véritable.

Le sénateur Pépin : En ce qui concerne les aliments dans les écoles, le Québec a adopté une loi pour qu'aucun restaurant-minute ne puisse être installé dans les écoles et que celles-ci ne puissent offrir de frites ou d'autres aliments de ce genre. Je suis d'accord avec ce que vous avez dit sur les bicyclettes, mais je ne sais pas si à Montréal, je laisserais les enfants se rendre à l'école à bicyclette.

Peut-être les écoles pourraient-elles envoyer à la maison des suggestions de collations que les parents pourraient préparer pour l'école? Y a-t-il un réseau, dans les écoles, pour réaliser un plan de ce genre?

Dr Pipe : Je comprends, et je suis d'accord avec vous dans une large mesure. Cependant, de véritables défis se posent à nous. Nous nous concentrons sur les écoles comme si c'était la clé de l'influence sur le comportement des enfants. Dans la région de Champlain, nous nous concentrons sur les enfants d'âge scolaire, parce qu'ils passent tellement de temps en dehors de l'école.

Voici des défis uniques : nous avons les statistiques sur l'incidence de l'obésité et de l'inactivité chez les enfants dans la région de Champlain, parce que nous avons fait nos devoirs, et elles sont semblables au niveau national. Nous avons effectué, mais pas encore diffusé, un sondage auprès des parents dans la région de Champlain, pour leur demander de nous parler de leurs enfants. Fait peu étonnant, tous les parents sondés de la région de Champlain nous ont dit que leurs enfants ne sont pas obèses, qu'ils sont tous dynamiques et font de l'activité physique. Il y a un écart remarquable entre ce que les statistiques nous révèlent et ce que les parents comprennent et reconnaissent à propos de leurs propres enfants.

Il y a ici d'énormes défis pour l'éducation, et certains des moyens dont vous avez parlé pourraient être utiles pour relever ces défis. Pour tout éventail complexe de problèmes, il existe probablement un éventail de solutions, dont aucune ne suffirait à elle seule.

[*Français*]

Le sénateur Pépin : La mise en œuvre des politiques de la santé exige évidemment non seulement des interventions auprès des différents gouvernements, mais aussi auprès des organisations gouvernementales, du secteur privé ou peut-être des universités. Tantôt, quelqu'un a brièvement mentionné le rôle du gouvernement fédéral, alors je me demande quel rôle, le cas échéant, le gouvernement fédéral a-t-il joué pour appuyer ou entraver la transition vers une approche centrée sur la santé de la population dans votre province?

Les municipalités ont-elles été également impliquées? Y a-t-il eu une résistance, disons, à l'appui de votre programme? Et est-ce que différents secteurs, comme le secteur privé ou des universités, se seraient impliqués? Sinon, reste-t-il des choses à faire pour avoir leur appui?

I mention schools, universities and the various parts of the private sector, but was our federal role a good one? Should we have acted differently? Did it work at municipal level as well? What must we do to make it work?

[English]

Dr. Pipe: One of our expert panels is actually called our policy panel, and we are about to embark upon an exhaustive scrutiny of municipal and other policies that either promote or preclude the acquisition of good health, whether that is in urban planning, transportation, recreation, or other areas. In Ontario, the public health units are aligned with municipalities and are an arm of municipal government. Therefore, in our organization, all the public health units in our region are involved, so there is that engagement with municipal authorities. We will be working with housing authorities, et cetera. There is a willingness on the part of individuals within the municipal government to become involved.

Ms. Walsh: I spoke earlier about collaborative mechanisms. As an example, the federal government has supported the coming together of provinces to talk about school health. It is a minimal investment, but we are hoping it will continue because it is critical to have those kinds of networks. For example, in Ontario we are developing nutritional guidelines. We have coordinators across the country whom we can call and ask what they are doing.

These kinds of mechanisms can be very helpful. It is unhelpful when we read in a press release about something the federal government might be doing with a community. We talked earlier of thinking of health as a system and all the parts of it as opposed to fragmentation. For the federal government to work effectively with provincial governments, there needs to be respect for the fact that we are trying to create a system in the province and we must have dialogue about how federal funding programs or federal policies can support the work of the province.

We are now looking at poverty reduction strategies and it would be terrific, along with many other partners, to have the federal government work with us so that it feels like a partnership with joint planning and to have the mechanisms that facilitate that kind of conversation.

Senator Cook: You spoke about bikes being in the way of vans at the schools. I would think that the vans are dropping off children coming from daycare centres, because not many children go to school in vans.

Is there some way to influence public policy?

In larger cities than mine, mom, dad or someone drops the children off very early in the morning, and they are at the daycare or whatever you choose to call them. Then they are driven to school and spend the day there, and then they come back to the after-school program. Then they get picked up by the parents

Je parle des écoles, des universités et des différents secteurs privés, mais notre rôle au fédéral a-t-il été bon? Devrait-on agir de manière différente? Au niveau municipal, cela a-t-il fonctionné aussi? Que doit-on faire pour que cela fonctionne?

[Traduction]

Dr Pipe : L'un de nos comités d'experts, que nous appelons en fait notre comité des politiques, est sur le point d'entreprendre un examen approfondi des politiques municipales et autres qui favorisent l'atteinte d'une bonne santé ou y font obstacle, que ce soit des politiques en matière de planification urbaine, de transport, de loisirs, ou autres. En Ontario, les modules de santé publique sont harmonisés avec la municipalité, et sont une branche de l'administration municipale. Par conséquent, dans notre organisation, tous les modules de santé publique de notre région sont engagés, alors il y a collaboration avec les autorités municipales. Nous allons collaborer avec les autorités en matière de logement, et cetera. Il y a une volonté d'engagement chez les individus, au sein de l'administration municipale.

Mme Walsh : J'ai parlé plus tôt de mécanismes de collaboration. À titre d'exemple, le gouvernement fédéral a appuyé la rencontre des provinces afin qu'elles puissent discuter de la santé en milieu scolaire. Il s'agit d'un investissement minime, mais nous espérons qu'il se poursuivra, car il est essentiel d'avoir ces types de réseaux. Par exemple, en Ontario, nous élaborons des lignes directrices nutritionnelles. Nous avons des coordonnateurs partout au pays, que nous pouvons appeler pour leur demander ce qu'ils font.

Ce genre de mécanismes peut être très constructif. Il est inutile, en revanche, d'apprendre dans un communiqué de presse ce que le gouvernement fédéral peut faire avec une communauté. Nous avons parlé plus tôt de concevoir la santé comme un système et toutes ses parties, plutôt que comme des éléments fragmentés. Pour que le gouvernement fédéral puisse collaborer efficacement avec les gouvernements provinciaux, il faut respecter le fait que nous essayons de créer un système dans la province et que nous devons avoir un dialogue sur la façon dont les programmes de financement fédéraux ou les politiques fédérales peuvent soutenir le travail de la province.

Nous étudions actuellement les stratégies de réduction de la pauvreté, et il serait fantastique que le gouvernement fédéral, avec de nombreux autres partenaires, collabore avec nous pour ce qui ressemblerait à un partenariat doté d'une planification conjointe, et qu'on dispose des mécanismes qui facilitent ce genre de dialogue.

Le sénateur Cook : Vous avez parlé du cas des vélos bloquant le chemin des fourgonnettes scolaires. J'imagine que ces véhicules déposent des enfants provenant de garderies, parce que peu d'enfants se rendent à l'école en fourgonnette.

Existe-t-il un moyen d'influencer les politiques publiques?

Dans des villes plus grandes que la mienne, la mère, le père ou quelqu'un d'autre déposera ses enfants très tôt le matin à la garderie, ou quelque autre nom qu'on choisira de lui donner. Ensuite, ils seront conduits à l'école pour y passer la journée, puis retourneront au service de garde parascolaire, où les parents

after work. We need to look at where our children live and who is taking care of them. It is not only the school; there are two ends to it.

Can you see a way in which we could influence public policy with the early childhood development centres or daycares, or whatever? That is where they eat for the most part, except on weekends.

Dr. Pipe: I think you put your finger on what is an issue for a subset of Canadian children, and admittedly there are some challenges. Ms. Walsh earlier talked about making schools the hub of community services and activities. Until recently, it was the case that schools closed their doors at 3:30 and did not open them until 9:00 in the morning, and actually put padlocks on the gates around the schoolyard so that what was an open space in the gymnasiums and other facilities in the schools were essentially isolated from the community for the rest of the day.

One can do some imaginative things in terms of making sure the school becomes a hub of community program, particularly that which emphasizes physical activity, from 6:00 in the morning until 10:00 at night.

It is still the case that there are large numbers of kids who are not going to daycare, who are transported either by parents or in buses who could walk or ride to school.

One of the other challenges we face is that kids do not go out and play any more. Some of us probably terrorized our neighbourhoods on bicycles and threw hockey pucks through windows and all that sort of stuff. Your question alludes to the fact that children today often go home and are told to stay inside until the parent gets home. When that kitchen door closes, another door opens, and it is usually a refrigerator. Then kids sit mute in front of a television screen or a cathode ray tube screen, eating calories rather than being outside playing. There is a misperception that somehow our communities are unsafe for kids to play, and that is a big challenge.

There is a whole array of social forces and factors that have emerged that we must try to address. I do not think any of us have the answer to all of them, but we can be far more imaginative than in the past in getting at the challenges.

Senator Cook: It is about managing change; is it not?

Dr. Pipe: It is.

The Chair: Senator Callbeck is the former premier of Prince Edward Island, so she knows a lot about all the systems. She has had them all at her fingertips.

Senator Callbeck: We have had some experience.

viendront les chercher après le travail. Il faut que nous examinions où nos enfants vivent, et qui prend soin d'eux. Cela ne s'arrête pas à l'école; il y a aussi ce qui vient avant et après.

Voyez-vous comment nous pourrions influencer les politiques publiques en ce qui concerne les centres de développement de la petite enfance, les garderies ou autres? C'est là que les enfants se nourrissent la plupart du temps, sauf la fin de semaine.

Dr Pipe : Je crois que vous mettez le doigt sur ce qui constitue un problème pour un sous-ensemble d'enfants canadiens, et il est vrai qu'il y a des défis. Mme Walsh a parlé tout à l'heure de faire de l'école le point central des services et des activités communautaires. Jusqu'à récemment, les écoles fermaient en effet leurs portes à 15 h 30 pour ne les ouvrir qu'à 9 heures le lendemain matin, et mettaient carrément des cadenas aux grilles entourant les cours d'école, de sorte que les gymnases et d'autres installations dans les écoles étaient essentiellement isolés de la communauté pour le reste de la journée.

On peut prendre des mesures imaginatives pour faire en sorte que l'école devienne le point central des programmes communautaires, en particulier ceux qui mettent l'accent sur l'activité physique, de 6 à 22 heures.

Encore aujourd'hui, un grand nombre d'enfants ne vont pas à la garderie et se rendent à l'école en automobile, avec leurs parents, ou encore en autobus, à pied ou à vélo.

L'un des autres défis auxquels nous sommes confrontés, c'est que les enfants ne vont plus jouer dehors. Certains d'entre nous ont sans doute terrorisé leur quartier en roulant à bicyclette, en envoyant des rondelles de hockey dans les fenêtres et ce genre de choses. Votre question renvoie au fait que les enfants, aujourd'hui, rentrent à la maison et se font dire de rester à l'intérieur jusqu'à ce que le parent arrive. Lorsque la porte de la cuisine se referme, une autre porte s'ouvre, et c'est habituellement celle du réfrigérateur. Ensuite, les enfants s'assoient sans rien dire devant un écran de télévision et consomment des calories plutôt que d'aller jouer dehors. Il y a une perception erronée selon laquelle, d'une façon ou d'une autre, les collectivités ne sont pas sécuritaires pour des enfants qui jouent, et c'est une grande difficulté.

Il y a donc toute une série de forces sociales et de facteurs qui sont apparus et que nous devons essayer de contrer. Je ne pense pas que quiconque d'entre nous ait la solution à tous ces problèmes, mais nous pouvons être beaucoup plus imaginatifs que par le passé en nous attaquant aux difficultés.

Le sénateur Cook : Il s'agit de gérer le changement, n'est-ce pas?

Dr Pipe : Oui.

Le président : Le sénateur Callbeck est l'ancienne première ministre de l'Île-du-Prince-Édouard, alors elle en sait beaucoup sur tous les systèmes; elle les connaît sur le bout de ses doigts.

Le sénateur Callbeck : Nous avons acquis une certaine expérience à cet égard.

You were talking about the federal and provincial governments. As we know, health is a provincial priority. Ms. Walsh, you talked about health promotion in Ontario and specific things that you have done. Then your first recommendation was that the federal government can build on these initiatives, first, by funding and, second, creating policies. What policies are you thinking about there?

Ms. Walsh: There are things in the federal domain, for example food labelling. Look at the range of levers the federal government does have around policy and have the discussion with provincial governments. As we say, here is what we are doing under diabetes and our crime disease prevention strategy. Here is what we can do in our domain, and here is what we would appreciate that you can do in yours.

In Ontario our former Chief Medical Officer of Health, Sheela Basrur, came out with a report called *Healthy Weights, Healthy Lives*. It really sounded the alarm about obesity. In that report, she specified things that the federal and local governments, the private sector, food industry, restaurants, et cetera, could do. This is the kind of thing where you look at strategies to figure out what lies in which government's and which sector's domain. The call to action is about getting all sectors engaged so it is not just about one group or another.

Senator Callbeck: Dr. Pipe, you talked about our need for more public education. Do you see the federal government playing a big role here?

Dr. Pipe: I want to be clear that when I talk about more public education, it is probably not the kind of education in the form of exhortation, telling people to get out and do more of this or that. We need the kind of education that raises the consciousness about the issues and the factors which actually shape the health of communities as opposed to, "Just do it!" or those kinds of exhortations.

Nonetheless, the federal government can be very helpful in the way it uses its abilities to mount demonstration projects, to conduct pilot projects in a number of different provinces, assessing the effectiveness and validity of those approaches in different populations in different settings. It can make strategic use of the federal resources which it provides to provinces in terms of putting conditions upon certain forms of federal funding.

For instance, if you are funding certain forms of urban infrastructure, a certain percentage should be given over to ensuring that active personal transportation is facilitated or encouraged by the way in which you design or build a particular community. There are all of those kinds of approaches, which is where the federal government can play a very intriguing role.

Vous parliez des gouvernements fédéral et provinciaux. Comme nous le savons, la santé est une priorité provinciale. Madame Walsh, vous avez parlé de la promotion de la santé en Ontario et des mesures précises que vous avez prises. Ensuite, votre première recommandation consistait à ce que le gouvernement fédéral renforce ces initiatives, en premier lieu par un financement et, en deuxième lieu, par la création de politiques. À quelles politiques songez-vous?

Mme Walsh : Certaines choses sont de compétence fédérale, par exemple l'étiquetage des aliments. Regardez la gamme de leviers dont dispose le gouvernement fédéral en ce qui a trait aux politiques, et ayez une discussion avec les gouvernements provinciaux. Comme nous le disons, voilà ce que nous faisons en ce qui a trait au diabète ou dans le cadre de notre stratégie de prévention du crime. Voici ce que nous pouvons faire dans notre sphère de compétence, et ce que nous estimons que vous pouvez faire dans la vôtre.

En Ontario, notre ancien médecin hygiéniste en chef, Sheela Basrur, a publié un rapport intitulé *Poids santé, vie saine*, qui a vraiment tiré la sonnette d'alarme au sujet de l'obésité. Dans ce rapport, Mme Basrur a précisé les mesures que le gouvernement fédéral, les autorités locales, le secteur privé, l'industrie alimentaire, les restaurants, et cetera, pourraient prendre. C'est le genre d'exercice dans le cadre duquel on examine les stratégies pour déterminer de quels gouvernements et de quels secteurs elles relèvent. L'objectif de cet appel à l'action est gagner la participation de tous les secteurs, de sorte qu'il ne s'agit pas seulement d'un groupe ou d'un autre.

Le sénateur Callbeck : Docteur Pipe, vous avez dit que nous devons davantage éduquer le public. Pensez-vous que le gouvernement fédéral joue un rôle important à cet égard?

Dr Pipe : Je tiens à préciser que lorsque je parle d'une éducation accrue du public, il ne s'agit probablement pas du genre d'éducation qui prend la forme d'une exhortation, et qui consiste à dire aux gens de faire plus de ceci ou de cela. Nous avons besoin du type de sensibilisation qui entraîne une prise de conscience en ce qui a trait aux problèmes et facteurs déterminant l'état de santé des communautés, et non de dire : « Faites-le! » ou ce genre d'exhortations.

Néanmoins, le gouvernement fédéral peut être très utile dans sa façon d'utiliser ses capacités à monter et à mener des projets pilotes dans un certain nombre de provinces diverses, en évaluant l'efficacité et la validité de ces approches dans différentes populations et différents contextes. Il peut faire un usage stratégique des ressources qu'il fournit aux provinces en imposant des conditions à l'octroi de certaines formes de financement fédéral.

Par exemple, si l'on finance certaines formes d'infrastructures urbaines, un certain pourcentage devrait aller dans des mesures visant à faciliter ou à encourager le recours à des moyens de transport personnels actifs grâce à la façon dont on conçoit ou construit une communauté particulière. Il existe tous ces types d'approches, et c'est là où le gouvernement fédéral peut jouer un rôle très intéressant.

Again, to bring it back to something more personal, perhaps, our hospital-based smoking cessation program is now part and parcel of every single hospital in this part of Ontario. Thanks to Health Canada, it is now being replicated in the B.C. Vancouver Coastal Health Authority and the New Brunswick River Valley Health Authority with the expectation that it will become, at some point, probably a national standard. The federal government is playing a powerful role there in transporting best practice, if you will, into various provincial jurisdictions.

Senator Callbeck: Ms. Pisko-Bezruchko, do you have any data on that?

Ms. Pisko-Bezruchko: It is difficult for me to comment, given that I am an entity of a provincial government. The thing that concerns the LHINs with federal involvement is the whole information highway and how we are better able to connect people to services, health providers to health providers, to get people the information they need. That is farther away from the discussion right now.

Senator Callbeck: You have only been set up since 2006?

Ms. Pisko-Bezruchko: Yes.

Senator Callbeck: In a very short period of time, you have accomplished a great deal. You mentioned having broad community support. How did you develop that?

Ms. Pisko-Bezruchko: There has been a series of things that the provincial government initiated in terms of local conversations and discussions about priorities. We tried not to reinvent the wheel, so we brought to the table things we already knew. We have been trying to go to networks and groups of people who have already come together around a common cause, and reaching out to them instead of making them come to us.

What is a LHIN? People do not know what an LHIN is, and quite frankly, I do not think they should care what an LHIN is. They should care whether they know about the services available to them and how to access them when they need them. We are not involved in creating new infrastructure but in going out to where those groups of people naturally convene and to hear from them.

Senator Callbeck: Are your boards all appointed?

Ms. Pisko-Bezruchko: That is right.

Senator Callbeck: Is there talk that there will be elected boards down the road, or is that not up for discussion?

Ms. Pisko-Bezruchko: To your point, we are still new. There has not been assessment or evaluation yet of LHINs and our effectiveness because we are so early in our mandate.

Encore une fois, pour ramener la question à quelque chose de plus personnel, peut-être, notre programme d'abandon du tabac en milieu hospitalier est désormais partie intégrante de chaque hôpital de cette partie de l'Ontario. Grâce à Santé Canada, il est maintenant repris par la Vancouver Coastal Health Authority, en Colombie-Britannique, et par la River Valley Health Authority, au Nouveau-Brunswick, dans l'espoir qu'il devienne probablement, à un moment donné, une norme nationale. Le gouvernement fédéral joue un rôle capital sur le plan des pratiques exemplaires dans le domaine du transport, si vous voulez, dans diverses provinces.

Le sénateur Callbeck : Madame Pisko-Bezruchko, avez-vous des données là-dessus?

Mme Pisko-Bezruchko : Il est difficile pour moi de commenter, étant donné que je représente une entité relevant d'un gouvernement provincial. L'aspect qui intéresse les RLISS, en ce qui a trait à la participation fédérale, c'est l'ensemble de l'autoroute de l'information et la façon dont nous pouvons mieux relier les gens aux services et les fournisseurs de soins de santé entre eux, afin de donner aux gens les informations dont ils ont besoin. Ce sujet est éloigné du débat qui nous occupe.

Le sénateur Callbeck : Votre organisation n'existe que depuis 2006?

Mme Pisko-Bezruchko : Oui.

Le sénateur Callbeck : Vous avez accompli beaucoup de choses en très peu de temps. Vous avez parlé d'un vaste engagement communautaire. Comment avez-vous réussi à l'obtenir?

Mme Pisko-Bezruchko : Le gouvernement provincial a mis sur pied différentes mesures qui ont donné le ton à un débat et à un dialogue au sujet des priorités à l'échelon local. Comme nous ne voulions pas réinventer la roue, nous avons pris comme point de départ les éléments qui étaient déjà connus. Nous avons tenté de mobiliser les réseaux et les groupes ayant déjà épousé une cause commune, et nous avons établi le contact avec ces gens, plutôt que d'attendre qu'ils nous approchent.

Qu'est-ce qu'un RLISS? Les gens ne le savent pas et, en toute franchise, je ne crois pas qu'ils devraient chercher à le savoir. Ils devraient seulement s'assurer de connaître les services qui sont offerts et la façon dont ils peuvent y avoir accès lorsqu'ils en ont besoin. Nous ne sommes pas là pour créer de nouvelles infrastructures, mais bien pour aller consulter ces groupes là même où ils se rassemblent tout naturellement.

Le sénateur Callbeck : Est-ce que les postes de vos conseils d'administration sont tous dotés par voie de nomination?

Mme Pisko-Bezruchko : Effectivement.

Le sénateur Callbeck : Prévoit-on des conseils d'administration élus pour l'avenir, ou en a-t-il été question?

Mme Pisko-Bezruchko : Je dois vous répondre que nous sommes encore une entité nouvelle. Les RLISS n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation ou d'un examen de leur efficacité, car nous débutons à peine notre mandat.

Ms. Walsh: I want to come back to your question because I wanted to give it more reflection. I thought about the number of income support programs that exist at the federal level. Obviously, if you are thinking of health disparities, income plays a critical role.

I thought about our Healthy Eating Active Living conference, and one of our experts pointed out how more than 15 years ago the federal government was concerned about the health and well-being of seniors. As result, there were significant changes around income support, and we have seen a significant improvement in seniors' health. I am in the position of representing government, but I would like to speak as an individual who has been involved in health promotion for a long time. Something we have not talked about here is volumes. I talked before about champions and leadership. You have that opportunity around providing leadership by what you talk about and by what you value. I keep thinking about when I was pregnant and getting off the subway at Dundas Square. I was about seven months pregnant and there was another young woman, pregnant too, and she was begging. In my mind, I am thinking about my mother telling me about folic acid and asking me whether I am sleeping and eating properly — everything and everyone supporting me. Here was this woman begging and I thought, "My daughter is already further ahead." This is a fundamental value that we grapple with in Canada because we think we are all starting at the same place, and we are not. When we talk about areas for greater investment and commitment, we are struggling with values. As you look at disparities, that is something to address.

Whether it is community or provincial government where we put our investments, politicians are looking at what is valued in the community. Earlier, we talked about infrastructure. Perhaps those recreational facilities are a luxury compared to saying that healthy eating and living will improve our children's ability to participate in the community and to get higher marks in school, and so on. We are not making those links. In your report, perhaps you can increase attention to this and to links to other values that we have in terms of prosperity, well-being and quality of life.

The Chair: I will have to intervene here because we only have a few minutes.

Ms. Pisko-Bezruchko: In response to your question, I understand the federal government does provide money to help eradicate homelessness right now in Canada. There is some question about whether that money will continue. In our LHIN, in particular, it is a matter of grave concern that many of the

Mme Walsh : J'aimerais revenir à votre question maintenant que j'ai eu le temps d'y réfléchir davantage. Il faut penser aux nombreux programmes de soutien du revenu qui existent à l'échelon fédéral. Lorsqu'il est question de disparités en matière de santé, il va de soi que le revenu joue un rôle crucial.

Je me suis également souvenu du Congrès sur la saine alimentation et la vie active où l'un des experts a souligné les préoccupations qu'entretenait le gouvernement fédéral au sujet de la santé et du mieux-être des aînés il y a plus de 15 ans. En réponse à ces préoccupations, des changements importants ont été apportés au chapitre du soutien du revenu, et nous avons pu noter une amélioration considérable de la santé des personnes âgées. Je suis ici en tant que représentante du gouvernement, mais j'aimerais parler en tant que citoyenne œuvrant depuis de nombreuses années dans le domaine de la promotion de la santé. Dans nos discussions d'aujourd'hui, nous n'avons pas abordé la question des volumes de cas. Je vous ai parlé tout à l'heure de champions et de leadership. Vous avez la possibilité de faire montre d'un tel leadership tant par le truchement de vos discussions que par les valeurs que vous préconisez. Je me rappellerai toujours de cette journée où je suis sortie du métro à Dundas Square. J'étais enceinte d'environ sept mois et il y avait une autre jeune femme, enceinte elle aussi, qui mendiait. J'ai alors pensé à ma mère qui me parlait d'acide folique et me demandait si je dormais bien et si je mangeais sainement; j'ai songé à toutes ces choses et au soutien que tout le monde m'offrait. J'ai vu cette mendicante et je me suis dit que ma fille avait déjà une longueur d'avance. Voilà une valeur fondamentale qui nous cause des difficultés au Canada, car nous croyons que nous partons tous du même point, alors que ce n'est pas le cas. Lorsqu'il s'agit de déterminer les secteurs où il faut investir et s'engager davantage, ce sont nos valeurs qui nous compliquent la tâche. C'est un élément à prendre en compte dans votre examen des questions touchant les disparités.

Que ce soit à l'échelon communautaire ou au sein du gouvernement provincial, les politiciens appuient leurs décisions d'investissement sur les valeurs préconisées par la collectivité. Nous avons parlé tout à l'heure d'infrastructures. On pourrait voir ces installations de loisirs comme un luxe comparativement aux sommes qui pourraient être engagées pour promouvoir une saine alimentation et de bonnes habitudes de vie de telle sorte que nos enfants soient mieux aptes à participer à la vie communautaire et à obtenir de bons résultats à l'école, notamment. Nous n'établissons pas les liens entre ces différents éléments. Dans votre rapport, vous pourriez peut-être souligner cette lacune et mettre en lumière les liens avec d'autres valeurs que nous adoptons en matière de prospérité, de mieux-être et de qualité de vie.

Le président : Je vais devoir vous interrompre parce qu'il ne nous reste que quelques minutes.

Mme Pisko-Bezruchko : Pour répondre à votre question, je vous dirais que le gouvernement fédéral fournit actuellement des fonds pour lutter contre l'itinérance au Canada. On n'est pas certain que ce financement va être maintenu. Cela inquiète tout particulièrement notre RLISS, car bon nombre des programmes

programs that have been very successful were established with that money. There is a real worry that if that funding ends, those programs will end as well.

Senator Brown: Dr. Pipe and your colleagues, I think you have brought us a big elephant here today, but I think you also brought the solution. If you re-examine your own graph, the answers are there, as well as in the comments that you have made.

I was playing with your graph. I started out with social engineering and I pointed down to basic societal change. I then went to the three arrows that say “reduce blood pressure, reduce salt intake and increase physical activity.” Then I went to three more that go to “eat less, eat better, and exercise more.” I think all three of them are individual choices, which is exactly what you said.

I know we have used tax changes in the past to influence behaviour. I do not think we can change our neighbourhoods overnight; we have built an awful lot of them in this country. However, we can focus on behavioural change. I believe we did that with the big monster of smoking. We have not killed that monster yet, but we certainly crippled it over the last generation.

When I was young, virtually everyone smoked. Through a whole generation of negative advertising — and I think TV works well there, but we also used negative labelling on the package itself — we were successful. Over the long term, that is required for re-engineering society. A big chunk of this \$140 billion we are spending on health care needs to be spent on positive advertising for exercise and more negative advertising for salt content in foods and for overeating. That might be a problem. As soon as you hit it, you will start focusing on people’s body shape. That might get a lot of push-back there in terms of human rights or that kind of thing. As you said, you bore the scars of the smoking war. You might get some more scars when we start emphasizing overeating or obesity.

It really comes down to an attitude change in those three areas. Even when people do not have big recreational complexes, and so on, they can still exercise. There are programs available. The RCAF used to have a great exercise booklet that did not require any physical stuff at all. I used to use it years ago. I now use a \$500 recumbent bike, but I do not use it like I did with the personal exercises.

Dr. Pipe: If I could make an observation, while these are individual behaviours, I thought I was clear in saying that individual behaviours are less susceptible to individual choice than we would like to think. We live in an obesigenic environment. For instance, it is clear that today’s kids in Canada actually participate in sport to a far greater degree than has ever been the case, except that for the rest of the week they

qui ont produit d’excellents résultats ont été établis avec l’aide de ces fonds. On se demande vraiment si ces programmes pourront survivre si on met fin à cet appui financier.

Le sénateur Brown : Docteur Pipe, je pense que vous et vos collègues avez soulevé un gros problème ici aujourd’hui, mais aussi apporté la solution. Si vous réexaminez votre propre graphique, les réponses sont là, ainsi que dans les observations que vous avez faites.

J’ai commencé à interpréter votre graphique, notamment les données sur l’ingénierie sociale et le changement sociétal fondamental. Je me suis penché sur les trois flèches qui disent « réduire la pression artérielle, diminuer l’apport en sel et augmenter le niveau d’activité physique », de même que celles indiquant « manger moins, manger mieux et faites plus d’exercice ». Je pense que tous les trois sont des choix individuels, ce qui revient exactement à ce que vous avez dit.

Je sais que nous avons apporté des modifications au régime fiscal par le passé en vue d’influencer les comportements. Je ne pense pas que nous pouvons changer nos collectivités du jour au lendemain; il y en a tellement. Cependant, nous pouvons nous concentrer sur le changement de comportement. Je crois que c’est ce que nous avons fait avec le fléau du tabagisme. Nous ne l’avons pas encore enrayé, mais nous l’avons certainement maîtrisé au cours de la dernière génération.

Quand j’étais jeune, presque tout le monde fumait. Grâce à toute une génération de publicité négative — et je pense que la télévision fonctionne bien à ce niveau-là, tout comme l’étiquetage négatif sur l’emballage lui-même —, nous avons réussi. À long terme, c’est nécessaire pour remodeler la société. Une grande partie des 140 milliards de dollars que nous dépensons en soins de santé doit être consacrée à la publicité. Il faut promouvoir l’exercice physique et décourager la consommation d’aliments à haute teneur en sel de même que la suralimentation. Toutefois, cela pourrait être un problème. Dès qu’on cible cette question, on commence à s’attarder sur la silhouette des gens. Cela pourrait provoquer beaucoup de réactions à l’égard des droits de la personne ou ce genre de choses. Comme vous l’avez dit, vous faites les frais de la lutte au tabagisme. Cela pourrait être pire si nous commençons à mettre l’accent sur la suralimentation ou l’obésité.

Il s’agit vraiment d’un changement d’attitude dans ces trois cas. Même quand les gens n’ont pas accès à de grands complexes récréatifs, et ainsi de suite, ils peuvent faire de l’exercice. Il existe des programmes. L’ARC avait une brochure d’exercice intéressante qui n’exigeait aucun équipement. J’avais l’habitude de l’utiliser il y a des années. Je me sers maintenant d’un vélo stationnaire couché d’une valeur de 500 \$, mais pas de la même façon que quand je suivais le plan d’exercice.

Dr Pipe : Si je pouvais faire une observation, même si ce sont des comportements individuels, je pensais avoir été clair en disant que, contrairement à ce que l’on pourrait penser, ceux-ci ne découlent pas toujours d’un choix personnel. Nous vivons dans un environnement obésogène. Par exemple, il est clair que les jeunes d’aujourd’hui, au Canada, font beaucoup plus de sports qu’à l’époque, sauf que pendant le reste de la semaine, ils sont

are far less active than has ever been the case. The standard approaches, the exhortations, the campaigns and the slogans may be necessary, but they are far from sufficient. That is one of the lessons we have learned from the tobacco wars: You must have the public policy changes to change the social environment. You denormalize smoking and eliminate the opportunity to use lifestyle advertising.

I certainly agree with you that these are individual behaviours, but we must be able to create a social environment in which it is more likely that those individual behaviours will be expressed. That basically requires environmental change.

Senator Brown: I agree with you. I just believe you need a combination of both the information out there on the negative side and on the positive side about what can occur when you lose weight or when you stop using too much salt, or whatever. You can spend a lot of good money on television, because there are few people who do not watch it, and get some kind of program of advertisements out there. I was thinking of the Simpson family, with a whole new genre of showing people who are healthy and slim because of their habits; those kinds of things, for example, a clip or advertisement, over a long period of time.

Senator Munson: Dr. Pipe, you said I have seen the crisis and it is here. As Dr. Keon alluded to, we were in Cuba. They do a lot with so little with polyclinics. In terms of promotion, preventive medicine or promotion of health care at the street level, do we have to have a pragmatic attitudinal shift in delivering health care? In these polyclinics, for example, you used the example of Sweden raising taxes, but what we saw in one of these clinics in these multifaceted facilities were grandparents, 60 to 70 years of age, being taught through child psychology programs how to deal with grandchildren and early childhood development.

Must we shift our focus with preventive medicine? We automatically think in this country, "I am sick. I am going to the hospital." We never think of the Elgin Street clinic or clinics because if we go there, it is one dimensional and sort of, "Yes, we will treat this but you have to go over there for that." I would like your views on that assessment.

Dr. Pipe: Clearly, the Cuban example of what they have managed to do with limited resources in terms of both literacy and health care is quite remarkable. It is almost in contrast to some of the things that I have been saying. One of the other realities that we currently face in Canada is for those whom the preventive system is too late because they already have a disease.

One of the crises that we have that I see daily is that people do not have access to virtually any form of primary health care. I spend a considerable part of my day trying to find family

aussi beaucoup moins actifs. Les approches, les exhortations, les campagnes et les slogans peuvent être nécessaires, mais c'est loin d'être suffisant. C'est un des enseignements que nous avons tirés de la guerre au tabac : vous devez revoir les politiques publiques pour changer l'environnement social. Vous dénormalisez le tabagisme et interdisez les publicités sociétales.

Je suis certainement d'accord avec vous que ce sont des comportements individuels, mais nous devons être capables de créer un environnement social dans lequel il est plus probable que les gens adopteront ces comportements. Cela nécessite des changements environnementaux.

Le sénateur Brown : Je suis d'accord avec vous. Je crois que vous avez juste besoin d'une combinaison d'information sur les côtés positifs et négatifs de la perte de poids ou d'un régime pauvre en sodium, par exemple. Vous pouvez consacrer beaucoup d'argent aux publicités télévisées, car il y a peu de gens qui ne regardent pas la télévision. Je pensais à la famille Simpson, qui pourrait donner l'exemple en montrant des gens minces et en bonne santé en raison de leurs habitudes; ce genre de choses, par exemple, un clip ou une publicité diffusée sur une longue période.

Le sénateur Munson : Docteur Pipe, vous avez dit que vous avez vu la crise et qu'il faut maintenant y faire face. Comme le Dr Keon l'a indiqué, nous nous sommes intéressés au système de santé cubain. Les Cubains accomplissent beaucoup de choses avec si peu de polycliniques. Pour ce qui est de la médecine préventive ou de la promotion des soins de santé au niveau de la rue, devons-nous adopter une attitude pragmatique dans la prestation des soins de santé? Dans ces polycliniques, par exemple, vous avez parlé de la hausse des impôts en Suède, mais ce que nous avons vu dans l'une de ces cliniques, dans ces installations multidimensionnelles, c'étaient des grands-parents, âgés de 60 à 70 ans, à qui l'on enseignait, par le biais de programmes sur la psychologie de l'enfant, comment interagir avec leurs petits-enfants et en quoi consiste le développement de la petite enfance.

Faut-il réorienter nos priorités en ce qui concerne la médecine préventive? Dans ce pays, nous associons automatiquement la maladie à l'hôpital. Nous ne pensons jamais aux cliniques de la rue Elgin parce que si nous nous rendons là-bas, à ces cliniques unidimensionnelles, on nous répondra : « oui, nous allons vous traiter, mais vous devez ensuite aller là-bas pour ça ». Je voudrais votre avis sur cette évaluation.

Dr Pipe : Chose certaine, ce que les Cubains ont réussi à faire avec des ressources aussi limitées en matière d'alphabétisation et de soins de santé est tout à fait remarquable. Cela contraste presque avec certaines des choses que j'ai dites. Que fait-on de ceux qui ne peuvent pas bénéficier du système préventif parce qu'ils ont déjà une maladie? C'est une autre réalité à laquelle nous sommes actuellement confrontés au Canada.

Tous les jours, je vois des gens qui n'ont pratiquement pas accès à des soins de santé primaires. Je passe une grande partie de mes journées à essayer de trouver un médecin de famille aux

physicians for people who do not have access to family physicians. They already have established diseases but cannot get access to those kinds of services.

Yes, I think we will have to reconfigure our health system. In Ontario, there are models afoot, family health teams and family health groups that seek to integrate a variety of professional disciplines, not just health care practitioners but other professionals such as counsellors and social service professionals, under one roof. That, clearly, is the direction of tomorrow. I think you have put your finger on it.

Senator Munson: It was mentioned that we have a barrier around language when we say “population health” and that sort of thing. I know you do your surveys and get there. In Cuba, because of the system there, nobody is forced to answer, but people love statistics there, and they really get statistics. When there is a problem, they all go somewhere and there will be 12,000 people, and 12,000 people will gladly give their life history so they can look at the issue and try to tackle that issue with new medicine or whatever may be needed. In this country, it must be an issue of human rights. Are you getting the real picture when you do these surveys? You talked about the fact that parents tell you one story but you see something else with the children. Is it difficult to get down to the street level?

Ms. Walsh: A very appropriate federal role is that of supporting research, evaluation and creating new knowledge. The role Statistics Canada has played has been fantastic. I am sure they would say that they could use additional investment. For example, the Canadian Community Health Survey is a fantastic resource, but it is not run every year. For the sample size for Ontario, we have to buy extra sampling to get the information we need. It would be helpful to look at all the different measures, what are those indicators, and does Statistics Canada have enough support to give us the kind of data we need. There are different investments, for example, through the Canadian Institute of Health Research, the Population Health Institute and the National Collaborating Centre. Some institutions out there are doing helpful research. I am sure they would say that they could use so much more support in comparison to other areas that are being supported. That is a helpful federal role, and we value it. It makes more sense to have something like that done nationally. We are consulted in terms of what types of questions will be helpful, and we work together across the country to generate information that will be helpful for all of us.

The Chair: Unfortunately, our time is up. That is a truly important question. It is the Achilles heel of this whole thing.

We will have Glenda Yates before us on February 13. Ms. Yates is the head of the Canadian Institutes of Health Information. One of the things I will be putting to her is: Can you develop the tools so that the various people involved, like

personnes qui n'en ont pas. On leur a déjà diagnostiqué une maladie, mais ils ne peuvent pas accéder à ces types de services.

Oui, je pense que nous devons reconfigurer notre système de santé. En Ontario, il existe des modèles de soins, de même que des équipes et des groupes de santé familiale qui cherchent à réunir sous un même toit divers professionnels, non seulement des praticiens de la santé, mais aussi des conseillers et des travailleurs sociaux. De toute évidence, cela est la voie de l'avenir. Je crois que vous l'avez bien cernée.

Le sénateur Munson : Il a été question d'une barrière linguistique en ce qui concerne « la santé de la population » et ce genre de choses. Je sais que vous vous rendez sur le terrain dans le cadre de vos études. À Cuba, compte tenu du système en place, personne n'est obligé de répondre, mais on aime les statistiques, et on les compile réellement. Quand il y a un problème, on interroge un échantillon de 12 000 personnes, et celles-ci seront heureuses de parler de leur situation; on pourra ainsi examiner le problème et s'y attaquer à l'aide d'un nouveau médicament ou de tout ce qui pourrait s'avérer nécessaire. Dans ce pays, il doit s'agir d'une question de droits de la personne. Brossez-vous le véritable tableau quand vous menez ces études? Vous avez évoqué le fait que les parents et les enfants vous donnent chacun une version différente de l'histoire. Est-ce difficile de se mettre au niveau de la rue?

Mme Walsh : Un rôle qui convient parfaitement au gouvernement fédéral est l'appui à la recherche et à l'évaluation ainsi que l'acquisition de nouvelles connaissances. Le rôle que Statistique Canada a joué a été fantastique. Je suis sûre que cet organisme dirait qu'il peut utiliser des investissements supplémentaires. Par exemple, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes est une ressource incroyable, mais on ne la réalise pas tous les ans. Pour ce qui est de la taille de l'échantillon, en Ontario, nous devons acheter des unités d'échantillonnage supplémentaires afin d'obtenir l'information dont nous avons besoin. Il serait utile de se pencher sur toutes les différentes mesures et les indicateurs, et de savoir si Statistique Canada obtient suffisamment d'appui pour nous fournir le type de données nécessaires. Il y a différents investissements, par exemple, par l'intermédiaire de l'Institut canadien de recherche en santé, le Population Health Institute et le Centre national de collaboration. Certaines institutions font des recherches très pertinentes. Je suis certaine qu'il dirait pouvoir davantage mettre à profit les investissements par rapport à d'autres domaines. C'est un rôle fédéral que nous valorisons. Il est plus logique d'avoir quelque chose du genre au niveau national. On nous a consultés sur les types de questions qui seraient utiles, et nous travaillons ensemble, partout au pays, pour générer de l'information qui profiterait à tous.

Le président : Malheureusement, notre temps est écoulé. C'est une question vraiment importante, et il s'agit du talon d'Achille.

Nous entendrons Glenda Yates le 13 février. Mme Yates est à la tête de l'Institut canadien d'information sur la santé. Je vais entre autres lui poser la question suivante : Pouvez-vous concevoir des outils permettant aux différentes personnes

Ms. Pisko-Bezruchko and Dr. Pipe and yourself, can do health impact assessments of what you are doing? That will be a challenge down the road. If any one of the three of you can imagine anything about how that might be possible, we would like to know, because we would like to bring that into our report.

Ms. Pisko-Bezruchko: I would support what Ms. Walsh just said. We need to have that survey done more frequently. We need to open up the discussion again about the kind of information we collect about people who use the health care system. Right now, we do not ask people about their racial or ethno-cultural background. We do not ask them about their income. We do not ask them about all the things that impact on their health, yet we know that those things are so important.

In my position in the Toronto Central LHIN, I am forced to find creative ways to extrapolate between different pieces of data from different databases and infer that this population and this neighbourhood has these kinds of health needs and behaviours. That is not the way it should be. We should have the evidence at our fingertips and take away the horror of collecting this type of information. It goes back to understanding what this is all about and realizing that it is broader than just the traditional hospital-based services. It has to do with the whole social environment in which we live.

Dr. Pipe: We also need sentinel populations. The problem with much of the data collected in Canada or provincially is that it is collected on such a broad population basis that it is almost impractical to apply at the local level because it may have no meaning. We need reference data and reference populations. We need not just questions in surveys but also we need, in some instances, physical measures. Much of our data about obesity in Canada is derived from telephone surveys where we ask about height and weight. Guess what? When we go out and measure Canadians, they are actually shorter and their waist circumference is bigger than they reported on the telephone. All our data has been skewed in this respect. We need to put some leather on the streets, to use the epidemiological term, and actually go out and get meaningful physical data and collect it regularly. This is a sampling approach that might ultimately allow the data to be applied at an operational level. Rather than a national 50,000 foot examination, we need to take a closer look at differing Canadian populations. The information collected in many data sets is unhelpful when trying to deliver programs in the Champlain district or the Toronto LHIN.

The Chair: Thank you very much, all three of you. You were absolutely terrific. You gave us a great deal of information.

Honourable senators, we will go in camera for a few minutes to settle some business.

The committee continued in camera.

concernées, comme Mme Pisko-Bezruchko, le Dr Pipe et vous-même, d'évaluer les impacts sur la santé du travail que vous faites? Ce sera un défi pour l'avenir. Si l'un d'entre vous peut imaginer comment cela serait possible, nous aimerions le savoir afin d'en faire état dans notre rapport.

Mme Pisko-Bezruchko : Je suis tout à fait d'accord avec Mme Walsh. Nous devons réaliser cette étude plus fréquemment. Nous devons relancer la discussion sur le type de renseignements que nous recueillons sur les personnes qui bénéficient du système de santé. En ce moment, nous ne demandons rien au sujet de l'appartenance raciale ou ethnoculturelle, du revenu, ou des facteurs qui ont une incidence sur la santé, même si nous savons que ceux-ci sont très importants.

Mon poste au RLISS de Toronto-Centre m'oblige à trouver des moyens créatifs d'extrapoler les différents éléments des bases de données et à en déduire qu'une population ou une collectivité donnée a ces types de besoins en matière de santé et ces comportements. Il ne devrait pas en être ainsi. Nous devrions avoir les preuves à notre disposition et ne plus avoir la pénible tâche de recueillir ce type d'information. Il faut comprendre de quoi il s'agit réellement et réaliser que c'est beaucoup plus vaste que des services hospitaliers traditionnels. Cela concerne tout le milieu social dans lequel nous vivons.

Dr Pipe : Nous avons aussi besoin de populations mères. Le problème avec la plupart des données recueillies à l'échelle nationale ou provinciale, c'est qu'elles proviennent d'un échantillon de la population tellement étendu qu'il est pratiquement impossible de les appliquer à l'échelle locale, car elles ne veulent rien dire. Nous avons besoin de données et de populations de référence. Il nous faut non seulement des sondages, mais aussi, dans certains cas, des mesures concrètes. Une grande partie de nos données sur l'obésité au Canada proviennent de sondages téléphoniques où nous demandons aux gens leur grandeur et leur poids. Devinez quoi? Quand nous mesurons les Canadiens, ils sont en fait plus petits et leur tour de taille est plus gros que ce qu'ils nous ont indiqué par téléphone. Toutes nos données ont été faussées dans ce sens. Nous devons régulièrement aller sur le terrain et recueillir des données concrètes. Il s'agit d'une méthode d'échantillonnage qui pourrait, en définitive, permettre d'appliquer les données à un niveau opérationnel. Plutôt que d'examiner 50 000 pieds à l'échelle nationale, nous devons regarder de plus près différentes populations canadiennes. Les informations recueillies dans de nombreux ensembles de données sont inutiles lorsqu'on tente d'offrir des programmes dans le district de Champlain ou le RLISS de Toronto.

Le président : Merci beaucoup à vous trois. Vous avez été absolument fantastiques. Vous nous avez donné beaucoup de renseignements.

Honorables sénateurs, nous irons à huis clos pendant quelques minutes pour régler certaines questions.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

OTTAWA, Wednesday, February 13, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:06 p.m. to examine and report upon the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

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

[*English*]

[*Editor's Note: Technical difficulties resulted in portions of the proceedings being inaudible.*]

The Chair: Honourable senators, unfortunately Senator Pépín is bed with the flu, so she will not be here this evening. However, we will proceed because the time is limited and we have very busy people in front of us. We appreciate their collective time and we want to make the most of it.

We will begin with Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer of the Canadian Institute for Health Information, and Keith Denny, Acting Manager with CIHI. We also have with us this afternoon Professor Noralou Roos from the Faculty of Medicine at the University of Manitoba.

Without further ado, Ms. Yeates, please proceed.

Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer, Canadian Institute for Health Information (CIHI): On behalf of the Canadian Institute for Health Information, I would like to thank you for your interest in our work and for having us here today.

I would also like to introduce my colleague, Keith Denny, Acting Manager of the Canadian Population Health Initiative. CPHI is a part CIHI and works specifically on population health. Its mission is to foster a better understanding of the factors that affect the health of individuals and communities, and to contribute to the development of policies that reduce inequities and improve the health and well-being of Canadians.

[*Translation*]

My presentation today will focus on two areas. First, I will review some recent findings gleaned from a number of CIHI reports on population health. Second, at the committee's request, I will present CIHI's view on the role of the federal government in improving population health.

When looking at population health, we are reminded that health and illness are closely linked to lifestyle, work, education and leisure activities. Canadians are among of the healthiest people in the world, although significant gaps have been noted among different groups in society.

These gaps can be attributed to numerous complex social and economic factors, in particular income and education, as we all know.

OTTAWA, le mercredi 13 février 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 6, pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

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

[*Traduction*]

[*Note de la rédaction : En raison de difficultés techniques, des parties des délibérations sont inaudibles.*]

Le président : Chers collègues, le sénateur Pépín ne sera malheureusement pas ici ce soir car elle a la grippe. Nous allons tenir la séance quand même puisque nous ne disposons pas de beaucoup de temps et que nous recevons des gens très occupés. Nous les remercions de nous consacrer de leur temps, dont nous voulons tirer le meilleur parti possible.

Nous allons commencer par Glenda Yeates, présidente-directrice générale de l'Institut canadien d'information sur la santé, et Keith Denny, gestionnaire intérimaire de l'ICIS. Nous avons aussi parmi nous cet après-midi, Noralou Roos, professeure à la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba.

Sans plus tarder, madame Yeates, je vous cède la parole.

Glenda Yeates, présidente-directrice générale, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : Au nom de l'Institut canadien d'information sur la santé, j'aimerais vous remercier de l'intérêt que vous portez à notre travail et de nous avoir invités aujourd'hui.

J'aimerais aussi vous présenter mon collègue, Keith Denny, gestionnaire intérimaire de l'Initiative sur la santé de la population canadienne. L'ISPC fait partie de l'ICIS et ses travaux portent expressément sur la santé de la population. Sa mission consiste à mieux faire comprendre les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités et à contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens.

[*Français*]

Mon introduction d'aujourd'hui comprend deux parties. Dans la première, je propose quelques résultats récents tirés des rapports de recherche de l'ICIS sur la santé de la population. Dans la deuxième partie, à la demande du comité, je présente le point de vue de l'ICIS sur le rôle que le gouvernement fédéral pourrait jouer pour renforcer la santé de la population.

La santé de la population est une démarche qui nous rappelle que la santé et la maladie dépendent grandement de nos habitudes de vie, du travail, d'apprentissage et de loisirs. Les Canadiens sont parmi les gens les plus en santé du monde, mais on observe des écarts notables entre les différents groupes de la société.

De nombreux facteurs sociaux et économiques complexes sont à l'origine de tels écarts, notamment comme nous le savons, les revenus et l'éducation.

[English]

Studies have also shown that where you live matters to your health. Recent CPHI research illustrates that neighbourhoods within cities differ in terms of health outcomes. You asked us to concentrate on some of our recent health findings. In the material we gave you, we included information on the city of Halifax. We can see that residents of neighbourhoods with lower-than-average median incomes but with a higher-than-average proportion of post-secondary graduates were more likely than those living in other neighbourhoods to rate their health as excellent or good.

I would like to touch briefly on another example of recent CPHI findings. In a recent report, we looked at the relationship between homelessness and mental health. This study showed that the top reason for homeless people to visit emergency departments differs significantly from the population as a whole, particularly because of mental and behavioural disorders. The study also contained a synthesis of the literature which concluded that programs that provide housing as a first measure, when twinned with appropriate and flexible mental health services, appear to be effective at helping those who are homeless to stabilize their mental health problems.

[Translation]

At the committee's request, I would now like to present CIHI's view on the role of the federal government in improving population health.

[English]

We looked at three potential roles when we examined the question you asked us regarding what the federal government could do in the area of population health. We approached this question from our position as a provider of information and population health research and analysis.

The first potential role for the federal government is to provide continued support for the data that informs population health analyses. While we know a fair bit about population health, there is also a great deal we do not know at this time but need to know.

The Canadian Population Health Initiative of CIHI has worked directly with and heard from key stakeholders. They are keen to understand and use the evidence available. However, local data is often critical to make changes based on that data. Therefore, ongoing federal support for organizations such as CIHI and Statistics Canada is of critical importance as we strive to make population health data more readily available at a regional or even neighbourhood level.

[Traduction]

Des études ont montré que le milieu de vie influe sur la santé. Selon une recherche menée récemment par l'ISPC, les résultats pour la santé diffèrent selon les quartiers des villes. Vous nous avez demandé de nous concentrer sur quelques-unes des dernières conclusions que nous avons tirées en matière de santé. Dans les documents que nous vous avons remis, nous avons inclus des données sur la ville de Halifax. Nous pouvons voir que les résidents des quartiers enregistrant un revenu médian inférieur à la moyenne mais dont le pourcentage de diplômés d'études postsecondaires est supérieur à la moyenne sont plus susceptibles que les résidents des autres types de quartiers de qualifier leur santé d'excellente ou de bonne.

J'aimerais parler brièvement d'un autre exemple tiré des dernières conclusions de l'ISPC. Dans un récent rapport, nous nous sommes penchés sur les liens entre l'itinérance et la santé mentale. Cette étude a révélé que les raisons les plus courantes évoquées par les itinérants pour utiliser les services d'urgence diffèrent grandement de celles du reste de la population, en raison des troubles de santé mentale et du comportement. L'étude comportait également une synthèse de la documentation, qui a conclu que les programmes offrant en premier lieu un service d'hébergement combiné à des services de santé mentale adéquats et souples semblent aider efficacement les sans-abri à stabiliser leurs problèmes de santé mentale.

[Français]

À la demande du comité, j'aimerais maintenant présenter le point de vue de l'ICIS sur le rôle que le gouvernement fédéral pourrait jouer pour renforcer la santé de la population.

[Traduction]

À la demande du comité, nous nous sommes penchés sur trois rôles possibles que le gouvernement fédéral pourrait jouer en matière de santé de la population. Nous avons examiné cette question en tenant compte de notre rôle de fournisseur d'informations et de données découlant de recherches et d'analyses sur la santé de la population.

Premièrement, le gouvernement pourrait offrir un appui soutenu à la collecte de données qui étayent les analyses sur la santé de la population. Même si nous en connaissons pas mal en la matière, il nous en reste encore beaucoup à apprendre.

Les responsables de l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'ICIS ont travaillé directement avec les principaux intervenants et ont écouté ce qu'ils avaient à dire. L'ISPC cherche à comprendre et à utiliser les données disponibles. Toutefois, les données locales sont souvent essentielles pour apporter des changements en fonction de celles-ci. Par conséquent, l'appui soutenu du fédéral à des organisations comme l'ICIS et Statistique Canada revêt une importance cruciale pendant que nous nous efforçons de rendre les données sur la santé de la population plus facilement accessibles dans les régions, ou même dans les quartiers.

The second potential role we would suggest in answer to your question about the federal government is to support what we call “intervention research” on population health. If we look again at our recent CIHI consultations, our stakeholders have said they would like more practical, evidence-based information on what works and what does not work in terms of policy and program interventions at a population level. This is often called intervention research. For example, is it clear from recent studies that obesity is a problem in Canada, but what can be done to make a difference? We need more evaluations to understand what does and does not work, in what context and under which circumstances. The federal government, as a major funder of health research in Canada, could include among its priorities intervention research into population health interventions.

Finally, a third potential role for the federal government is to provide leadership and support for the type of electronic health record — or EHR — development that generates standardized information that can be used for population health. EHRs not only have the potential to help individual patients in a very immediate way, but they can be used to collect health system data, as well as data about populations.

EHRs open up new possibilities for what data is collected, how it will be collected and what will be available to support and understand population health. EHRs are designed first and foremost to support individual patient care decisions. However, their full potential can be further enhanced if they are rolled out in such a way so as to include a vision that encompasses the ability to improve the health of the population as a whole.

The federal government has an important leadership role in helping to clarify how data, derived from electronic health records, can, in a privacy-sensitive manner, enable the development of population health indicators and analysis to improve the health of the population. There is a need for commitment to developing electronic health records in such a way that they will generate standardized, comparable data that can be appropriately used to guide our understanding and to focus our actions in the field of population health.

As an organization dedicated to improving Canada’s health system and the health of Canadians, I thank you for your interest in our work and would be pleased to answer any questions you may have.

The Chair: Thank you very much, Ms. Yeates.

We are now privileged to hear from Ms. Roos, who has tremendous experience and an outstanding background. As a professor at the University of Manitoba, she was the Founding Director of the Manitoba Centre for Health Policy. She is an associate of the Canadian Institute for Advanced Research.

Please proceed.

Deuxièmement, en réponse à votre question, le gouvernement fédéral devrait appuyer la « recherche interventionnelle » sur la santé de la population. Si nous regardons à nouveau les récentes consultations que nous avons menées à l’ICIS, nos intervenants ont indiqué qu’ils aimeraient obtenir des informations plus pratiques fondées sur des preuves concernant les points positifs et les points à améliorer sur le plan des politiques et des programmes d’intervention auprès de la population. C’est ce qu’on appelle souvent la recherche interventionnelle. Par exemple, des études récentes montrent clairement que l’obésité constitue un problème au Canada. Mais que peut-on faire pour améliorer la situation? D’autres évaluations doivent être effectuées pour savoir ce qui fonctionne ou pas, et dans quels contextes et circonstances. À titre de principal bailleur de fonds de la recherche en santé au Canada, le gouvernement fédéral pourrait ajouter à ses priorités en matière de santé de la population la recherche interventionnelle.

Troisièmement, le gouvernement fédéral pourrait offrir du soutien à la création des dossiers de santé électroniques — ou DES —, qui permettent de recueillir de l’information normalisée utile au domaine de la santé de la population. Les dossiers de santé électroniques peuvent non seulement aider chacun des patients de façon directe, mais ils peuvent également servir à recueillir plus de données sur le système, de même que sur la population.

Les DES offrent de nouvelles possibilités quant au type de données recueillies, à la façon de les recueillir et à l’éventail de données disponibles pour comprendre et améliorer la santé de la population. Ils visent d’abord et avant tout à éclairer les décisions relatives aux soins des patients. Toutefois, il est possible d’en accroître le potentiel si leur déploiement repose sur une vision qui englobe la capacité d’améliorer la santé de la population dans son ensemble.

Le gouvernement fédéral a un rôle important de chef de file à jouer afin d’aider à clarifier la façon dont les données provenant des dossiers de santé électroniques peuvent, tout en protégeant les renseignements personnels, favoriser l’élaboration d’indicateurs et d’analyses en vue d’améliorer la santé de la population. Il importe de s’engager à élaborer des dossiers de santé électroniques qui permettent de recueillir des données normalisées et comparables pouvant servir à mieux comprendre la santé de la population et à concerter nos efforts dans ce domaine.

En tant qu’organisation vouée à améliorer le système de santé du pays et la santé des Canadiens, je vous remercie de l’intérêt que vous portez à notre travail et je serai ravie de répondre à vos questions.

Le président : Merci beaucoup, madame Yeates.

Nous avons maintenant le privilège d’entendre Mme Roos, qui a une vaste et remarquable expérience. En tant que professeure à l’Université du Manitoba, elle a fondé et dirigé le Manitoba Centre for Health Policy. Elle est chercheuse associée à l’Institut canadien des recherches avancées.

Nous vous écoutons.

Noralou Roos, Professor, Faculty of Medicine, University of Manitoba: I am also delighted to be here before a committee that has population health as its focus.

I was trying to figure out what I had to contribute to your discussions. I will focus on the questions you were asking around structural barriers to implementation and options for implementing population health policy. After having spoken to a few people who had already spoken with you, it occurred to me that I also will focus on encouraging you to support investments in what I see as Canada's strength: population health databases.

I will give you some examples. We have found that to get the support of the public, one needs a broader discussion of population health; that is, one must communicate. We have been working with the Business Council on this initiative. I will show you the way in which we have put data together to persuade them that population health issues are important for them to take on.

I have given you a whole series of overheads. I will talk from overhead No. 3, which is the one with the circles on it that shows the database we created in Manitoba. We brought together not just data on the health care system — every contact with physicians and hospitals — but also data from education. That includes how kids do on standardized tests and in school. We have brought together data on family services which identifies children in families who have been on income assistance; in other words, poverty. It also includes children who have been taken into care or where their families have been offered protection services because of issues within the family.

All of these data are held at the centre in a completely anonymous fashion but brought together for a specific research question that we address to them.

If you look at slide 11, I have pulled out what has persuaded the Business Council that investing in at-risk kids is the path to increased productivity and decreased social costs. The bars on the right show what schools typically see when they compare the performance of children in families that are poor to those in better socio-economic circumstances.

On the far left, about 76 per cent of kids whose families have had income assistance at some point passed their Grade 12 language arts test. On the far right, you see that for the kids in affluent, urban Winnipeg — the suburbs — 96 per cent of the kids passed the test. There is a difference. One would prefer that this difference did not exist, but it makes one feel like there is hope. It is not a disaster.

When we started analyzing those data, we realized there were a lot of kids who were not in school on the day of the test. It occurred us, with the health data — our ability to merge across these data sets — we could go back and look at all the kids born

Noralou Roos, professeure, Faculté de médecine, Université du Manitoba : Je suis également ravie de témoigner devant un comité qui a pour priorité la santé de la population.

J'essayais de voir ce que j'avais à apporter à vos discussions. Je me concentrerai sur les questions que vous posez concernant les obstacles structurels à la mise en œuvre d'une politique axée sur la santé de la population et les options pour y arriver. Après avoir parlé avec quelques personnes qui avaient déjà discuté avec vous, je me suis dit que j'allais aussi vous encourager surtout à soutenir les investissements dans ce qui est, à mon avis, la force du Canada : les bases de données sur la santé de la population.

Je vais vous donner quelques exemples. Pour obtenir l'appui du public, nous avons découvert qu'il faut discuter de la santé de la population à plus grande échelle; il doit y avoir une communication. Nous avons travaillé avec le Conseil des chefs d'entreprise à cette initiative. Je vais vous montrer la façon dont nous avons recueilli des données pour persuader les membres du conseil qu'il importe qu'ils s'attaquent aux problèmes touchant la santé de la population.

Je vous ai remis toute une série de transparents. Je vais commencer avec le troisième, qui est celui avec les cercles qui montre la base de données que nous avons créée au Manitoba. Nous avons rassemblé non seulement des données sur le système de soins de santé — chaque contact avec les médecins et les services hospitaliers —, mais aussi des données en éducation. Ces dernières comprennent le niveau de réussite des enfants aux tests normalisés et à l'école. Nous avons compilé des données sur les services familiaux qui recensent les enfants issus de familles ayant bénéficié d'aide au revenu; autrement dit, vivant dans la pauvreté. Cela englobe également les enfants qui ont été pris en charge ou dont la famille a reçu des services de protection en raison de problèmes familiaux.

Toutes ces données sont conservées au centre en toute confidentialité, mais sont recueillies à l'appui d'une question de recherche précise que nous leur posons.

Si vous regardez la diapositive n° 11, j'ai sorti les données qui ont persuadé le Conseil des chefs d'entreprise qu'investir dans les enfants à risque est la voie à suivre pour accroître la productivité et réduire les coûts sociaux. Les colonnes de droite montrent ce que les écoles constatent généralement quand elles comparent le rendement des enfants issus de familles à faible revenu par rapport à ceux vivant dans de meilleures conditions socioéconomiques.

La première colonne de gauche indique qu'environ 76 p. 100 des enfants dont les familles ont eu recours à une aide au revenu à un moment donné ont réussi leur test de langue de 12^e année. À la dernière colonne de droite, vous voyez que chez les enfants des milieux aisés de la ville de Winnipeg — la banlieue —, 96 p. 100 ont réussi le test. Il y a un écart. On préférerait que cette différence n'existe pas, mais il y a une lueur d'espoir. Ce n'est pas catastrophique.

Quand nous avons commencé à analyser ces données, nous sommes aperçu qu'il manquait beaucoup d'enfants à l'école le jour du test. Nous avons pensé qu'à l'aide des données sur la santé — notre capacité d'amalgamer ces séries de données —,

in Winnipeg 18 years previously who were still in the province and who should have been writing the test. We could find out if they were in school, where they were in school and what the real picture was when it came to achievement. That is the picture on the far right.

In fact, 76 per cent of the kids whose families had at one point received income assistance, who were in school writing the test passed it, but of all those kids in these families who should have been in school writing the test, only 11 per cent passed it. This is what has persuaded the Business Council. I have given you a one-pager that they are now using to work with the government and the public to start highlighting this as an issue.

Another thing that bringing together these different data sets does is to bring the different ministries together. You then have the potential to work across ministries.

If you go to slide 22, we ask: Where are the kids that I have been describing — the kids in care, the kids whose families are on income assistance, the kids whose families are being offered protection services from Family Services and the children of teen mothers? These kids essentially all do as badly as those kids we were showing on income assistance. Where do they live?

In some neighbourhoods in the inner core of Winnipeg, 80 per cent of the children have one of those characteristics. In the affluent areas, less than 10 per cent do. Ms. Yeates was talking about bringing the data home; these data come very close to home.

If you look on the next page, we show how the government's current child care policy provides licensed child care to the city of Winnipeg. Manitoba has one of the best licensed child care systems in Canada. Only Quebec offers more funding — more subsidized care and higher training, et cetera.

However, the way the system is set up, they do not offer child care to kids in those inner-city areas because child care is funded for working mothers. You do not have many working mothers in the families I have just described. This has provoked a lot of serious interest and action on the part of government, working across ministries.

My last point is another example of how these databases can be used. Someone wanted to know whether this was the right committee, because I had also wanted you to take a look at a proposal for real world evaluation of drugs. Drugs are almost never tested on children before drugs come to market. They are also not tested on many high-risk populations; or they are only tested on very high-risk populations and they are given to a lot of relatively healthy people.

nous pourrions retracer tous les enfants nés à Winnipeg il y a 18 ans, qui habitaient toujours la province et qui auraient dû passer le test. Nous pourrions découvrir s'ils étaient à l'école, où ils en étaient rendus dans leurs études et quelle était le véritable tableau pour ce qui est du rendement scolaire. C'est ce qu'on voit à droite complètement.

En fait, 76 p. 100 des enfants, dont la famille a reçu à un moment donné une aide au revenu et qui étaient à l'école, ont réussi le test, mais de tous ces enfants issus de ces familles qui auraient dû être à l'école pour passer l'examen, seulement 11 p. 100 l'ont réussi. C'est ce qui a convaincu le Conseil des chefs d'entreprise. Je vous ai remis un document d'une page qu'ils utilisent maintenant dans leurs rapports avec le gouvernement et le public pour commencer à présenter cela comme étant un problème.

Par ailleurs, regrouper ces différentes séries de données permet de réunir les différents ministères. Vous avez alors la possibilité de collaborer avec d'autres ministères.

À la diapositive 22, nous posons la question suivante : Où sont les enfants que j'ai décrits — les enfants pris en charge, dont les familles bénéficient d'une aide au revenu, qui sont protégés par des services à la famille et ceux nés d'une mère adolescente? Essentiellement, ces enfants ont des résultats aussi médiocres que ceux dont les familles reçoivent une aide au revenu que nous montrions tout à l'heure. Où vivent-ils?

Dans certains quartiers du centre-ville de Winnipeg, 80 p. 100 des enfants présentent l'une de ces caractéristiques, tandis que dans les milieux aisés, ils sont moins de 10 p. 100. Mme Yeates parlait de recueillir des données au niveau local; celles-ci s'en rapprochent beaucoup.

À la page suivante, on montre comment la politique actuelle en matière de garde d'enfants du gouvernement offre des services de garderie agréés à la ville de Winnipeg. Le Manitoba est doté de l'un des meilleurs systèmes de services de garde agréés au Canada. Il n'y a que le Québec qui offre plus de financement — plus de places subventionnées, une formation supérieure, et cetera.

Toutefois, étant donné la façon dont le système est conçu, il n'offre pas de services de garde aux enfants vivant dans les secteurs du centre-ville car les garderies sont financées pour les mères qui travaillent. On ne compte pas beaucoup de mères qui travaillent dans les familles que je viens de décrire. Le gouvernement, en collaboration avec ses ministères, a commencé à s'intéresser sérieusement à la question et à prendre des mesures.

Pour terminer, je vais donner un autre exemple qui montre la façon dont ces bases de données peuvent être utilisées. Quelqu'un voulait savoir si c'était le bon comité à qui en parler parce que je voulais également examiner une proposition pour mener une évaluation de la situation réelle des médicaments. On ne teste pratiquement jamais les médicaments sur les enfants avant qu'ils n'arrivent sur le marché. On ne les teste pas non plus sur un grand nombre de groupes à risque élevé ou, si on le fait, ce sont sur des groupes à risque très élevé et les médicaments sont administrés à bien des gens relativement en bonne santé.

Building on these databases, we are trying to set up a way of tracking safety and effectiveness issues with drugs after they come to market. That is another area where I think, potentially, encouraging the support of these databases could be very powerful tools for improving population health.

The Chair: Ms. Yeates, you will forgive me for taking a bit of time to frame this question, but I have wanted to ask you this for a long time. I will be asking you again in a couple of months when we organize a round table to get at some methodologies.

We have seen great developments in Canada in the last decade or two. CIHI and CIHR are the two most relevant institutes. There are another 11 institutes, as well as the new Public Health Agency of Canada. There has been progress in the provinces with their public health agencies and organization that has allowed us to get programs down to the community level. My own thinking is that we must get to the community level where we can integrate the dozen or so major determinants of health if we are to elevate population health, particularly in the very low population health groups.

If we are to do all that, we must be able to measure what we are doing. If we are blessed by having collective governments, agencies and NGOs adopt the recommendations we make or the framework we suggest to them, the most important thing going in there is that we be able to measure, from day one, the impact analysis of what we are doing on the population group. At this point in time, can you see a way of doing that between your own organization, the organizations I mentioned and numerous other organizations? The resources we have across the country are amazing; it just seems that they are not integrated.

The committee just came back from Cuba. We wanted to look at the polyclinics down there that bring health, social services, education and science to the community level. I cannot prejudge our report, but I think it is inevitable that we will get to that point in Canada.

I apologize to the rest of the panel for going on, but this is really important. Do you think we have the machinery in place whereby we can institute a process of health impact analysis, or maybe there is better terminology?

Ms. Yeates: I absolutely agree that there are tremendous resources. We are much better served in the country in terms of having the data available than we were 10 or 20 years ago. There is much better data available now.

There are a couple of levels at which one can think of a health impact analysis. One is the broader level, namely, looking at how a neighbourhood is doing over time as we do interventions. There is a health indicator framework that CIHI and Statistics Canada have put out. We have population health indicators and the determinants of health indicators, along with some of the health indicators of health services, which might include primary health care and hospital indicators. Having an indicator framework that

À l'aide de ces bases de données, nous essayons d'établir une façon de repérer les problèmes d'innocuité et d'efficacité des médicaments après leur arrivée sur le marché. C'est un autre secteur où, d'après moi, ces bases de données pourraient constituer d'excellents outils pour améliorer la santé de la population.

Le président : Madame Yeates, vous m'excuserez de prendre un peu de temps pour formuler cette question, mais il y a longtemps que je veux vous la poser. Je vous la reposerai dans quelques mois quand nous tiendrons une table ronde sur certaines méthodologies.

Nous avons observé de grandes réalisations au Canada au cours des vingt dernières années. L'ICIS et l'IRSC sont les deux plus importants instituts. Il y en a 11 autres, en plus de la nouvelle Agence de la santé publique du Canada. Les provinces ont réalisé des progrès avec leurs organismes de santé publique qui nous ont permis d'offrir des programmes à l'échelle communautaire. À mon avis, nous devons travailler au niveau des collectivités où nous pouvons intégrer la douzaine de grands déterminants de la santé si nous voulons améliorer la santé de la population, particulièrement chez les groupes dont l'état de santé est très mauvais.

Si nous voulons y parvenir, nous devons pouvoir mesurer ce que nous faisons. Si nous avons la chance que les différents gouvernements, les organismes et les ONG adoptent les recommandations que nous formulons ou le cadre de travail que nous leur suggérons, le plus important, c'est de pouvoir mesurer, dès le départ, les répercussions de notre travail sur la population. À l'heure actuelle, pouvez-vous penser à un moyen d'y arriver entre votre institut, les organisations que j'ai mentionnées et bien d'autres? Nous disposons d'incroyables ressources partout au pays; elles semblent juste ne pas être intégrées.

Le comité vient de rentrer de Cuba. Nous voulions y examiner les polycliniques qui offrent éducation, sciences, services sanitaires et sociaux dans les collectivités. Je ne peux pas préjuger notre rapport, mais je pense qu'il est inévitable que nous en arriverons là au Canada.

Je m'excuse auprès des autres témoins si je m'éternise, mais c'est vraiment important. Croyez-vous que nous disposons des rouages pour pouvoir établir un processus d'analyse des répercussions sur la santé, ou peut-être existe-t-il une meilleure terminologie?

Mme Yeates : Je conviens tout à fait qu'il existe d'immenses ressources. Nous sommes beaucoup mieux servis au pays en fait de disponibilité des données qu'il y a 10 ou 20 ans. Les données disponibles sont nettement meilleures de nos jours.

On peut penser à quelques niveaux où mener une analyse des répercussions sur la santé. Tout d'abord, il y a le niveau plus général, soit l'évolution d'un quartier au fil des ans au fur et à mesure de nos interventions. L'ICIS et Statistique Canada ont rendu public un cadre d'indicateurs de la santé. Nous avons des indicateurs de la santé de la population et des déterminants de la santé, de même que des indicateurs des services de santé, ce qui pourrait inclure des indicateurs de soins de santé primaires et des

you measure over time in a standardized way allows you to see which communities are moving and where changes are happening in which indicators. The indicator framework in Canada is powerful. However, the indicators are not developed in all cases, so there is more work to be done. It takes time to develop those indicators and then to ensure we have the data to fill them. Increasingly we can do that.

Our indicators at provincial levels are useful in some policy contexts. When you bring it down to city or regional levels, they are helpful for others. If you are running a regional or municipal health authority, the city-level analyses might be helpful. Increasingly, as Ms. Roos mentioned as well, we find that the neighbourhood analyses are strong. For example, we are working with urban medical health officers across the country to give them a template. We use similar analyses from our data and they have some local sources so that we can put out reports city by city that look at some of the neighbourhood-by-neighbourhood factors. Locally, people have a much greater awareness of their policy environment and what they might do. Working on comparable data and getting it out to the local level makes a difference.

In terms of intervention research, you have to look at a particular research frame to know the impact of some policies and the causal links because many things will be going on in a neighbourhood. For example, you might want to know whether a program to fight obesity in Nova Scotia schools is working. Some programs designed to combat obesity in schools did not make a difference and some did make a difference. We were able then to question that difference given that both programs were well designed with good intentions. Sometimes we need that research at a specific level to determine what works because a broad indicator might not catch the impact of a specific intervention. There is need for, first, a strong indicator framework — and we are well on the way — made increasingly useful by drawing the data down to as local a level as possible; and, second, on specific interventions, the research that looks at a specific type of intervention, its impact and whether it made a difference.

The Chair: Ms. Roos, I have a question for you but perhaps you would like to comment on Ms. Yeates remarks first.

Ms. Roos: I would reinforce what Ms. Yeates is saying. We are working with the Healthy Child Committee of Cabinet in Manitoba, which works across different ministries focused on children. They are trying to buy into a proposal to do a randomized trial of children coming into a summer program based in inner city schools so these children do not lose what they have learned the previous year by having nothing to do all summer.

hôpitaux. En ayant un cadre d'indicateurs que vous mesurez au fil du temps d'une manière normalisée, vous pouvez savoir quelles collectivités progressent et dans quels indicateurs des changements se produisent. Le cadre d'indicateurs au Canada est efficace. Toutefois, puisque les indicateurs ne sont pas élaborés pour toutes les situations, il reste encore du travail à faire. Il faut du temps pour mettre au point ces indicateurs, puis nous assurer que nous disposons des données pour les étayer. De plus en plus, nous pouvons le faire.

Nos indicateurs au niveau des provinces sont utiles dans certains contextes politiques. Quand vous les appliquez à l'échelle municipale ou régionale, ils sont utiles à d'autres. Si vous dirigez une organisation de santé régionale ou municipale, les analyses menées dans les villes peuvent être utiles. Comme Mme Roos l'a mentionné aussi, nous observons que les analyses des quartiers sont de plus en plus efficaces. Par exemple, nous travaillons avec des médecins conseils en santé publique dans des villes de partout au pays pour leur fournir un modèle. Nous utilisons des analyses semblables à partir de nos données et ils ont des sources locales de sorte que nous pouvons publier des rapports ville par ville qui examinent quelques-uns des facteurs quartier par quartier. Au niveau local, les résidents connaissent beaucoup mieux leur contexte politique et ce qu'ils pourraient faire. Travailler sur des données comparables et les communiquer à l'échelle locale donne des résultats.

Pour ce qui est de la recherche interventionnelle, vous devez vous pencher sur un cadre de recherche particulier pour connaître les répercussions de certaines politiques et les liens de causalité, car bien des initiatives seront menées dans un quartier. Par exemple, vous voudrez peut-être savoir si un programme de lutte contre l'obésité mené dans des écoles de la Nouvelle-Écosse fonctionne. Certains de ces programmes ont donné des résultats tangibles et d'autres, pas. Nous avons alors pu remettre en question ces résultats étant donné que tous les programmes étaient bien conçus et créés avec de bonnes intentions. Parfois, nous devons effectuer cette recherche à un niveau donné pour déterminer ce qui fonctionne puisqu'un indicateur général pourrait ne pas avoir relevé l'incidence d'une intervention donnée. D'une part, nous avons besoin d'un cadre d'indicateurs solide — et nous sommes en voie d'y parvenir — qui s'est révélé de plus en plus utile en détaillant les données le plus localement possible. D'autre part, pour des interventions données, il faut mener des recherches qui se penchent sur un type d'intervention précis, ses répercussions et ses résultats.

Le président : Madame Roos, j'ai une question pour vous, mais vous aimeriez peut-être d'abord commenter les propos de Mme Yeates.

Mme Roos : Je confirme ce que dit Mme Yeates. Nous travaillons avec le Healthy Child Committee of Cabinet du Manitoba, qui collabore avec différents ministères qui mettent la priorité sur les enfants. Ils essaient d'approuver une proposition visant à effectuer un essai randomisé parmi des enfants inscrits à un programme d'été dans des écoles situées dans des quartiers urbains défavorisés pour qu'ils n'oublient pas ce qu'ils ont appris au cours de l'année en ne faisant rien de tout l'été.

We met with school principals and suggested that they cannot provide this program to everyone, and they agreed. They had a way of trying to identify the program participants, but they were perfectly happy to have us randomize and send out invitations. They were going to be transparent, and sell it. Combined with that, we then have the databases to track how the kids did who were not there, how many injuries they had, et cetera. That combination is powerful.

Incidentally, CIHI supported the powerful research that I described earlier. A combination of support and powerfully designed intervention research in the various provinces is important.

The Chair: We would like to get at the relationship between health and productivity in a meaningful way. Everyone has been talking about population health since former Minister of Health Marc Lalonde brought the issue forward many years ago, but the subject tends to put people to sleep. However, when you talk about health disparities, you get more traction and people begin to listen and to understand what you are talking about. If you really want to get someone's attention, you talk about health and productivity.

The problem is finding the hard data relating to health and productivity. Many times I have gone out on a limb and said that there is an undeniable relationship between health and productivity, but we need hard data to support that comment. Can you enlighten us in that regard?

Ms. Roos: That is an interesting challenge. We know that the same factors that are related to health are related to education. Socio-economic status is strongly related to educational achievement, and no one has any problem understanding the importance of education. If you cannot get kids to the point where they graduate from high school, they will certainly not move forward in the economy of the 21st century.

In area of southeastern Manitoba, the Rotary Club has been working with the rural health organizations. They have literacy days. Dr. Fraser Mustard has been out there and convinced them that to get the population health message out to people, you have to do a broad scope. That would be my focus.

The Chair: I would like to discuss this more, but I will move to senators' questions. First is Senator Eggleton, former Mayor of the City of Toronto. Senator Eggleton is Chair of the Social Committee, which is doing a concurrent study on cities.

Senator Eggleton: Ms. Yeates, you were specific in outlining three factors to a federal role, but I think you let the federal government off a little too lightly. There are three very good areas: data collection to strengthen the database; intervention research; and electronic records, which is long overdue. These strike me as proposals relevant to the traditional health sector that would likely fit in well with Health Canada. Of course, when we talk about population health, we are talking as well about social determinants of health, such as poverty, housing,

Nous avons rencontré des directeurs d'école et avons laissé entendre qu'ils ne peuvent pas offrir ce programme à tous, et ils en ont convenu. Ils avaient un moyen d'essayer de cibler les participants au programme, mais ils ne voyaient absolument aucun inconvénient à ce que nous procédions à une sélection au hasard et fassions parvenir des invitations. Ils allaient faire preuve de transparence et promouvoir le programme. À cela s'ajoutent les bases de données pour savoir comment les enfants qui n'y ont pas participé s'en sont tirés, le nombre de leurs blessures, et cetera. Cette combinaison est efficace.

Soit dit en passant, l'ICIS a appuyé les recherches efficaces que j'ai décrites tout à l'heure. Il est important d'avoir une combinaison de soutien et de recherche interventionnelle conçue de manière efficace dans les différentes provinces.

Le président : Nous aimerions étudier sérieusement le lien entre la santé et la productivité. Tout le monde parle de la santé de la population depuis que l'ancien ministre de la Santé, Marc Lalonde, a soulevé la question il y a de nombreuses années, mais le sujet a tendance à ennuyer les gens. Toutefois, quand on parle de disparités sur le plan de la santé, on retient davantage l'intérêt et on commence à écouter et à comprendre ce qu'on dit. Si on veut vraiment attirer l'attention des gens, parlons santé et productivité.

Le problème, c'est de trouver les données tangibles liées à la santé et à la productivité. J'ai souvent osé dire qu'il existait un lien indéniable entre la santé et la productivité, mais nous avons besoin de données tangibles pour corroborer cette affirmation. Pouvez-vous nous éclairer à cet égard?

Mme Roos : C'est un défi intéressant. Nous savons que les mêmes facteurs qui sont liés à la santé sont aussi liés à l'éducation. La situation socioéconomique est étroitement liée au rendement scolaire et tout le monde comprend sans problème l'importance de l'éducation. Si on ne peut pas faire en sorte que les enfants obtiennent leur diplôme d'études secondaires, ils ne progresseront sûrement pas dans l'économie du XXI^e siècle.

Dans le sud-est du Manitoba, le Club Rotary collabore avec les organisations de la santé en milieu rural. Ils organisent des journées axées sur l'alphabétisation. Le Dr Fraser Mustard est allé là-bas et les a convaincus que pour véhiculer le message sur la santé de la population aux résidents, il faut le faire à grande échelle. Je me concentrerais là-dessus.

Le président : J'aimerais en discuter plus en profondeur, mais je vais passer aux questions des sénateurs. Nous allons commencer par le sénateur Eggleton, ancien maire de la Ville de Toronto. Il est le président du comité des affaires sociales, qui mène une étude parallèle sur les villes.

Le sénateur Eggleton : Madame Yeates, vous avez présenté trois facteurs précis liés au rôle du fédéral, mais je crois que vous laissez le gouvernement s'en tirer à bon compte. Il y a trois excellents secteurs : la collecte de données pour consolider la base; la recherche interventionnelle; et les dossiers électroniques, qui se font attendre depuis longtemps. Cela me paraît être des propositions relevant du secteur de la santé traditionnel qui cadreraient probablement bien avec Santé Canada. Bien entendu, quand on parle de santé de la population, on parle

education, early childhood learning, environment, et cetera, not all of which are part of the traditional role of the federal government and the Minister of Health. How do you see that being covered here? I am thinking in particular about the intervention research. You suggest that getting into that area will involve dealing with these other areas that I mentioned. However, that does not fit into the silo system of the federal government and its whole-of-government approach, which is very tough. They have tried in other countries, the U.K. for example, where they have high-level cabinet participation. How will this fit in with the recommendations you have made so that these other areas of population health are covered, not just the traditional health sector.

Ms. Yeates: In my previous role, I was a provincial deputy minister, so I bring that provincial history with me to a certain extent. My experience was in Saskatchewan and Ms. Roos mentioned some of the attempts in Manitoba. As people try to work across ministries, at any government level, one of the things that pulls them together is data and information. The structures do not particularly support it, but when you can show those kinds of things that pull people out of their silos effectively, I think that is very helpful.

One of the challenges in making the case to various ministries is that there can be no data. I have been in social services and health at a provincial level, as well as the Department of Finance, and my observation would be that the case can be made much more strongly in areas where you have strong data. Where you lack that data, you are working on theories and suppositions. It is not nearly as effective in getting your colleagues to rally to a common cause.

When I think of intervention research, I think of the federal role as having a strong possibility for funding. There is a strong lead for federal funding capacity in CIHR and other bodies. I think of agencies like ours as having a responsibility to get some of that research into the hands of not only health departments; we specifically target other sectors.

When we finished our report on urban health, we sent it to all the mayors of the country and to education departments. We had planning departments phone us and want to engage in that.

We are very much trying to work beyond those silos. I agree with you; the solutions lie increasingly not within them.

In terms of where I think the federal government can help in that integration, I see them as having a strong role in research and data. Those are two key tools that they can use to help the integration locally, but there may well be others that you, as a committee, have studied.

Senator Eggleton: Given this wide range of areas that affect population health, in a government context, different ministries look after that. More significant than that is the fact that most of those other ministries are at the provincial level, or maybe

de déterminants sociaux, comme la pauvreté, le logement, l'éducation, l'apprentissage des enfants d'âge préscolaire, l'environnement, et cetera, qui ne s'inscrivent pas tous dans le rôle traditionnel du gouvernement fédéral et du ministre de la Santé. D'après vous, comment cela sera-t-il couvert? Je pense plus particulièrement à la recherche interventionnelle. Vous laissez entendre que pour s'attaquer à ce secteur, il faudra s'occuper des autres secteurs que j'ai mentionnés. Toutefois, cela ne cadre pas avec le système de cloisonnement du gouvernement fédéral et son approche pangouvernementale, ce qui est très difficile. On l'a essayé dans d'autres pays — au Royaume-Uni, par exemple —, il y a une participation du cabinet de haut niveau. Comment cela cadrera-t-il avec les recommandations que vous avez faites pour que ces autres secteurs de la santé de la population soient couverts, et non pas seulement le secteur de la santé traditionnel?

Mme Yeates : J'ai déjà été sous-ministre provinciale, et je m'inspire de cette expérience jusqu'à un certain point. C'était en Saskatchewan et Mme Roots a évoqué quelques-unes des tentatives au Manitoba. Puisque les gens essaient de collaborer avec les ministères, à n'importe quel palier gouvernemental, les données et les informations constituent l'un des éléments qui les réunissent. Les structures ne l'appuient pas particulièrement, mais quand on peut montrer ce genre de choses qui amène les gens à abattre les cloisons, je crois que c'est très utile.

L'un des problèmes pour rallier les différents ministères, c'est l'absence possible de données. J'ai travaillé pour des services sanitaires et sociaux au palier provincial, ainsi qu'au ministère des Finances, et j'affirmerais qu'on peut défendre l'idée avec plus de vigueur dans les secteurs où on a des données solides. Là où les données font défaut, on travaille avec des théories et des suppositions. C'est loin d'être aussi efficace pour convaincre vos collègues à faire cause commune.

Lorsque je pense à la recherche interventionnelle, je pense à l'énorme possibilité de financement du gouvernement fédéral. Il joue un rôle de premier plan pour le financement de l'IRSC et d'autres entités. À mon avis, des organismes comme le nôtre ont la responsabilité de déléguer une partie de cette recherche et ce, pas seulement aux ministères de la Santé; nous ciblons précisément d'autres secteurs.

Quand nous avons terminé notre rapport sur la santé dans les villes, nous l'avons envoyé à tous les maires du pays et aux ministères de l'Éducation. Nous avons prévu que les ministères nous appellent pour nous annoncer qu'ils veulent faire leur part.

Nous essayons fortement de faire tomber ces cloisons. Je suis de votre avis; les solutions se trouvent de plus en plus dans la collaboration.

Je crois que le gouvernement fédéral peut contribuer à cette intégration en assumant un rôle de premier plan en recherche et en collecte de données. Ce sont deux outils clés qu'il peut utiliser pour favoriser l'intégration au niveau local, mais il se peut fort bien que votre comité en ait étudié d'autres.

Le sénateur Eggleton : Compte tenu de ce vaste éventail de secteurs qui touchent la santé de la population, différents ministères s'en occupent. Ce qui importe le plus, c'est que la plupart de ces autres ministères sont au palier provincial, ou

delivery of service at the municipal level. What is the federal role in all of that? Do you see them pulling the provinces in together trying to develop a strategy? I think Ms. Roos used the phrase “national strategy” in her paper. What do you think?

Ms. Yeates: I do not know that I have an opinion as an information organization. As a former provincial person, I think it is helpful for governments to be clear about who does what best and who is well situated to do what best. Being clear about that and knowing what level of government can make the most difference is an important issue in this country, and sometimes we do that better than at other times.

There are certain things in a country of this size and diversity that the federal government does well and effectively, and there are other things that provinces and cities do well.

I was intrigued by the question because your committee has obviously been grappling with the question of what is the federal role. It is important to ensure that we think about how to move this population health agenda forward at each of those levels.

Senator Eggleton: Ms. Roos, right on the front page of your document it says “Encourage National Strategy.” How do you think the federal government should go about doing that?

Ms. Roos: I am seeing attempts in Alberta to bring together five ministries and all the data from those ministries. B.C. is trying to do this as well. People from three different ministries in Ontario visited us last week because they are also trying to bring together education data, family services data, et cetera. The same thing is happening in Halifax.

The federal role is often around funding, either through CIHI or CIHR. An initiative in this area would be hugely helpful, but also around setting standards and guidelines, bringing people together to ensure that if you are going to do it, you do it in a way to produce things that are similar; you can count things the same way.

Another helpful initiative would be the sort of thing we are doing now in Manitoba with the Business Council, trying to foster an understanding — somewhere outside of academia and outside of your committee and Fraser Mustard — as to why these issues are important for the productivity of Canadian society.

We need to put some traction on this issue. No one will deny that it is nice to talk about kids. I was on the health forum. Getting the public to understand population health is not easy. Business could take a very prominent role. Minneapolis and Hamilton have been proactive. The Business Council is bringing them to Winnipeg to talk to the business people there and the public, and I think that might be a very powerful role.

peut-être des services offerts au palier municipal. Quel est le rôle du fédéral dans tout cela? Le voyez-vous mobiliser les provinces pour essayer d'élaborer une stratégie? Je crois que Mme Roos a utilisé l'expression « stratégie nationale » dans son mémoire. Qu'en pensez-vous?

Mme Yeates : Je ne sais pas si j'ai une opinion en tant que représentante d'un organisme d'information. Comme ancienne fonctionnaire provinciale, je crois qu'il est utile que les gouvernements énoncent clairement qui excelle en quoi et qui est le mieux placé pour accomplir le travail. Établir clairement quel palier de gouvernement peut faire le plus bouger les choses est important au pays, et nous y parvenons mieux parfois qu'à d'autres moments.

Il y a certaines choses dans un pays de cette taille et de cette diversité que le gouvernement fédéral fait bien et efficacement et d'autres, que les provinces et les villes font bien.

La question m'a intriguée parce que votre comité s'est visiblement interrogé sur le rôle du fédéral. Il est important de réfléchir à la façon de faire progresser ce programme en matière de santé de la population à chacun de ces paliers.

Le sénateur Eggleton : Madame Roos, à la première page de votre document, on peut lire « Favoriser l'adoption d'une stratégie nationale ». D'après vous, comment le gouvernement fédéral devrait-il s'y prendre pour y arriver?

Mme Roos : Je vois que l'Alberta tente de réunir cinq ministères et toutes les données de ceux-ci. La Colombie-Britannique essaie de faire la même chose. Des gens de trois ministères différents en Ontario nous ont rendu visite la semaine dernière parce qu'ils essaient également de rassembler des données sur l'éducation, les services à la famille, et cetera. La même chose se produit à Halifax.

Le rôle du fédéral a souvent trait au financement, soit par l'entremise de l'ICIS ou de l'IRSC. Une initiative dans ce secteur serait énormément utile, mais surtout pour ce qui est d'établir des normes et des lignes directrices, de réunir des gens pour faire en sorte que si vous décidez de le faire, ce sera de façon à engendrer des résultats semblables; vous pouvez compter les choses de la même façon.

Ce qui serait utile également, ce serait le type d'initiatives que nous menons actuellement au Manitoba avec le Conseil des chefs d'entreprise, qui visent à favoriser une meilleure compréhension — à l'extérieur du cadre des milieux universitaires, de votre comité et de Fraser Mustard — des raisons pour lesquelles ces questions revêtent une importance pour la productivité de la société canadienne.

Nous devons attirer l'attention sur cette question. Personne ne niera qu'il est bien de parler des enfants. Je faisais partie du forum sur la santé. Sensibiliser le public à la santé de la population n'est pas chose facile. Les entreprises pourraient assumer un rôle de premier plan. Minneapolis et Hamilton ont agi de manière proactive. Le Conseil des chefs d'entreprise se réunira à Winnipeg pour parler aux gens d'affaires et au public, et je crois que cette rencontre pourrait jouer un rôle très déterminant.

The Chair: Senator Segal is next. Senator Segal introduced a very interesting motion yesterday in the Senate and made a superb speech that we will integrate into our documents here.

Senator Segal: Thank you, chair.

I know it is not easy for the witnesses to step out of their formal roles [*inaudible*].

Slide 15, entitled “Manitoba Kids at Risk,” breaks up the 31 per cent of children who have at least one risk. The slide indicates that 14 per cent are in poverty, with the family receiving income assistance; 17 per cent have a teen mother; and another 17 per cent are in care or protection. With respect to the second and third categories, you are not suggesting that these are well-to-do people who happen to have a teen mother. These people will have a similar income, I assume.

Ms. Roos: Yes.

Senator Segal: If you only use poverty as a defining frame for the first 14 per cent, are you saying that in the second two categories poverty is not an issue?

Ms. Roos: No, I am not. Everyone assumed, before we put this together, that those were basically the same people. It turns out that many of them are, but certainly not all of them.

Senator Segal: They are defining characteristics.

If you were asked not about health determinants and not about population health, per se, but rather how you would spend \$120 million to increase population health in the most radical and appropriate way, using the money most effectively, how would you respond?

There are enough organizations like CIHI that do outstanding work from which we all benefit. Diagnostic tools are always getting better and people are working intensely on those. However, we are bereft of the instrument by which you take the diagnosis and make a real difference in people's lives before they die, before their kids are lost, before a community is bereft of options. What is the instrument? If you had to choose the most salient instrument that will produce the best results, would it be income security? As I look at some of your numbers, it seems to me that education is a somewhat better predictor than income, although who gets an education is, as you yourself said, determined by income and other issues. Please give us your best advice.

Ms. Roos: We need to invest in kids for the first 17 years with targeted universal programs in the highest risk communities. We need to do whatever it takes to provide them with nurturing early childhood experiences, for example making enriched child care available at very early ages.

Le président : Le sénateur Segal est le prochain intervenant. Il a présenté une motion très intéressante hier au Sénat et a prononcé un superbe discours que nous intégrerons à nos documents ici.

Le sénateur Segal : Merci, monsieur le président.

Je sais que ce n'est pas facile pour les témoins de se détacher de leurs fonctions officielles [*inaudible*].

La diapositive n° 15, intitulée « Enfants à risque du Manitoba », montre que 31 p. 100 des enfants présentent au moins un facteur de risque. Elle indique que 14 p. 100 vivent dans la pauvreté et sont issus d'une famille qui reçoit une aide au revenu; 17 p. 100 sont nés d'une mère adolescente; et 17 p. 100 sont des enfants pris en charge ou bénéficiant d'une protection. Pour ce qui est de la deuxième et de la troisième catégories, vous ne dites pas qu'il s'agit d'enfants issus de milieux nantis qui ont une mère adolescente. Ces gens auront un revenu semblable, je présume.

Mme Roos : Oui.

Le sénateur Segal : Si vous n'utilisez que la pauvreté comme facteur déterminant pour les 14 p. 100, êtes-vous en train de dire que la pauvreté n'est pas un problème dans les deux autres catégories?

Mme Roos : Non. Tout le monde a présumé, avant que nous compilions ces statistiques, qu'il s'agissait essentiellement des mêmes personnes. C'est le cas pour un grand nombre d'entre elles, mais certainement pas pour toutes.

Le sénateur Segal : Ce sont des caractéristiques déterminantes.

Si on vous demandait, sans égard aux déterminants, ni à la santé de la population en tant que tels, comment vous dépenseriez 120 millions de dollars pour améliorer la santé de la population de la manière la plus radicale, adéquate et efficace possible, que répondriez-vous?

Il y a suffisamment d'organisations comme l'ICIS qui accomplissent un travail formidable dont nous bénéficions tous. Les outils de diagnostic s'améliorent sans cesse et les gens multiplient leurs efforts en ce sens. Nous sommes toutefois privés de l'instrument qui nous permettrait d'utiliser le diagnostic et de changer véritablement les choses dans la vie des gens avant qu'ils ne meurent, qu'ils ne perdent leur enfant ou que leur communauté ne soit à court d'options. De quel instrument s'agit-il? Si vous deviez choisir l'instrument susceptible de produire les meilleurs résultats, est-ce que ce serait la sécurité du revenu? À la lumière de quelques-unes de vos données, il m'apparaît que l'éducation est un meilleur indicateur que le revenu bien que celui-ci, comme vous l'avez dit vous-même, soit l'un des facteurs déterminants dans l'accès à l'éducation. Pouvez-vous nous dire ce que vous en pensez?

Mme Roos : Il nous faut investir dans nos enfants au cours de leurs 17 premières années au moyen de programmes universels ciblés dans les collectivités où les risques sont les plus élevés. Nous devons tout mettre en œuvre pour leur offrir dès la petite enfance des expériences stimulantes, en leur donnant dès le départ l'accès à des services de garde bonifiés.

We need to prevent teen pregnancies in young women who have grown up in poverty. When they have kids, it starts a vicious cycle. Investing in their kids produces better results. I would invest early and often throughout childhood.

Ms. Yeates: I support what Ms. Roos said. From my experience in social services, I believe that one of the best instruments is income security; supporting the kids, but also supporting the parents. Income support programs are important, and the source of the income support also matters. Income support and income from other sources are both helpful for children. The way we support families is important because intergenerational effects can make a difference.

We need to offer support through positive environments in those families. [inaudible]

Keith Denny, Acting Manager, Canadian Institute for Health Information (CIHI): I agree with the early childhood development. I would say that we have a lot of research [inaudible]. We also have a whole range of health outcomes.

We still have an underdeveloped sense of what works. We need to find out how those lenses work and what mechanisms link them to those outcomes. Even with all that money to spend, we still need research that helps us understand what those things look like so that we can then evaluate the impasses. I would go back to that. We still need to elaborate our understanding of cause and the mechanisms between the determinants of health.

Senator Cochrane: I had not heard about concentrating on mothers who are about to have a newborn baby. When a child is born, it is important to ensure that the mother has enough information whereby she can get the right vitamins, food and so on so that she has enough weight on her when the baby is born. [inaudible] Do you have any data on that?

Ms. Roos: In our CIHI study, this was one of the most “aha!” moments. We know that women who are in poverty do not eat well, as you just described. We know that they are more likely to have low birth weight babies — that is, babies who are not as healthy as others.

If you look at slide 13, we found that at birth all children are overwhelmingly similar, regardless of their background. Over 90 per cent of the children are indistinguishable, whether their parents have been on income assistance, a teen mother or whatever. [inaudible]

Nous devons prévenir la grossesse chez les adolescentes qui ont grandi dans la pauvreté. Lorsque ces adolescentes ont des enfants, c'est le début d'un cercle vicieux. C'est en investissant dans nos enfants qu'on obtient les meilleurs résultats. Je préconiserais des investissements précoces et fréquents pendant toute l'enfance.

Mme Yeates : Je suis d'accord avec ce que Mme Roos vient de dire. Mon expérience des services sociaux me porte à croire que le soutien du revenu est l'un des instruments les plus efficaces à notre disposition; il faut appuyer les enfants, mais aussi leurs parents. Les programmes de soutien du revenu sont nécessaires, mais les différentes sources de revenu ont également leur importance. Tant les mesures de soutien du revenu que les sommes en provenance d'autres sources sont bénéfiques pour les enfants. Notre mode de soutien aux familles est déterminant car les effets intergénérationnels peuvent faire toute la différence.

Nous devons offrir notre soutien en créant un climat favorable au sein de ces familles. [inaudible]

Keith Denny, gestionnaire intérimaire, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : J'estime aussi que le développement de la petite enfance est important. Nous pouvons compter sur une grande quantité de recherches [inaudible]. Nous avons également un large éventail de résultats en matière de santé.

Nous n'avons toutefois pas encore une idée exacte de ce qui fonctionne ou pas. Nous devons apprendre à mieux nous servir de ces optiques d'analyse en déterminant les mécanismes qui les associent aux différents résultats. En dépit de toutes les sommes déjà dépensées, nous avons encore besoin de recherches pour nous aider à mieux comprendre comment cerner tous ces éléments de manière à évaluer les impasses. J'en reviendrais à cela. Il nous faut encore améliorer notre compréhension des causes et des mécanismes associés aux déterminants de la santé.

Le sénateur Cochrane : Je n'ai pas entendu parler des efforts à concentrer sur les mères en devenir. Lorsqu'une femme est enceinte, il est primordial de s'assurer qu'elle dispose de toute l'information requise de manière à pouvoir se procurer les vitamines, la nourriture et les autres éléments qui conviennent pour assurer un poids suffisant à la naissance du bébé. [inaudible] Avez-vous des données à ce sujet?

Mme Roos : Ce fut l'une des grandes révélations pour moi dans l'étude réalisée par l'ICIS. Nous savons que les femmes vivant dans la pauvreté n'ont pas une alimentation saine, comme vous venez de l'indiquer. Nous savons qu'elles risquent davantage d'accoucher de bébés ayant un poids insuffisant à la naissance, c'est-à-dire de bébés en moins bonne santé.

En regardant la diapositive 13, nous pouvons constater que les enfants sont presque tous semblables à la naissance, sans égard à leurs antécédents familiaux. Plus de 90 p. 100 des enfants sont en effet indifférenciables, que leurs parents vivent de l'aide sociale, qu'ils soient nés d'une mère adolescente ou peu importe. [inaudible]

I am not denying that it is not important to deal with nutrition issues, et cetera, during pregnancy, because it is. The overwhelming issue is not what happens before birth; it is what happens during those first years. [*inaudible*]

Senator Callbeck: You talked about the present role and you gave three examples about what the federal government should be doing. What is the electronic health record? Will it provide standardized comparable data? We have been talking about this for years. Where are we now? Is every province doing its own thing?

Ms. Yeates: It is an enormous undertaking. Canada Health Infoway is working across the country to help support the projects that go to make this up. They have imposed certain standards on interoperability and what I think are the messaging standards.

We have learned from health and information science initiatives that have brought people from other countries to look at the question of whether to use this system in the first instance or with individualized health. For example, as an individual, my lab test would be with my specialist or my GP. I think we all understand the case for electronic health records.

Across the world, some countries have done better than others. This is called secondary use of data. It is not a phrase that offers a particularly good description as it implies a sense of unimportance. The ability to pull health information from these records, in privacy sensitive ways, that would allow us to understand population health trends and impacts is enormously powerful. To do that, however, we must standardize definitions. For example, you may ask whether we are experiencing more diabetes in Winnipeg than in Halifax or Vancouver, or whether the interventions in Halifax are more successful in treating diabetes; that is, are they having fewer eye or foot problems than elsewhere? To know those things on a population basis, we have to define a foot or eye problem or even diabetes in the same manner from place to place. To do that requires standardization. That is something on which we need to focus.

As we make this important and vast investment in electronic health records, it is important to note that it must not only be good for individuals but also serve to support population health impact analyses. If we have that vision, we will design the framework slightly differently, and I think that will be important.

Senator Callbeck: You say that pieces are being standardized. Have any been standardized?

Je ne nie pas l'importance des questions d'alimentation et des autres problèmes pouvant être vécus pendant la grossesse, car ils sont déterminants. Mais ce n'est pas ce qui se passe avant sa naissance qui compte le plus pour un enfant, mais bien ce qui se produit au cours des premières années de sa vie. [*inaudible*]

Le sénateur Callbeck : Vous avez parlé du rôle actuel du gouvernement fédéral en suggérant trois possibilités quant aux actions qu'il devrait entreprendre. En quoi consiste le dossier électronique de santé? Fournira-t-il des données normalisées comparables? Il en est question depuis des années. Où en sommes-nous rendus? Est-ce que chaque province chemine de son côté?

Mme Yeates : C'est une entreprise de très grande envergure. La société Inforoute Santé du Canada est active dans toutes les régions du pays pour appuyer des projets en ce sens. Elle a imposé certaines normes visant l'interopérabilité de même que des normes touchant les messages, je crois.

En matière d'information sur la santé, nous avons profité de différentes initiatives scientifiques auxquelles ont contribué des spécialistes étrangers afin de déterminer s'il convient d'utiliser ce système au départ ou dans une intervention de santé individualisée. Par exemple, les résultats d'un test de laboratoire que je subirais comme patiente seraient directement accessibles à mon spécialiste ou à mon médecin de famille. Je crois que nous comprenons tous les arguments en faveur des dossiers électroniques de santé.

À l'échelle planétaire, certains pays ont fait mieux que d'autres à ce chapitre. C'est ce qu'on appelle l'usage secondaire des données. Je n'aime pas tellement cette expression, car cela donne la fausse impression que cette activité est sans importance. Il est extrêmement avantageux pour nous de pouvoir extraire des données de ces dossiers, en tenant compte des préoccupations relatives à la protection de la vie privée, de manière à mieux comprendre les impacts et les tendances touchant la santé de la population. À cette fin, il nous faut toutefois normaliser les définitions utilisées. Par exemple, vous vous demandez peut-être s'il y a plus de cas de diabète à Winnipeg qu'à Halifax ou à Vancouver, ou si ces cas sont mieux traités à Halifax; vous voulez donc peut-être savoir si les problèmes aux pieds ou aux yeux y sont moins fréquents qu'ailleurs. Pour dégager un portrait de ces éléments à l'échelle d'une population, il faut définir ce qu'on entend par problèmes aux pieds ou aux yeux ou même par diabète, de telle sorte que la définition soit la même partout. Pour ce faire, il faut procéder à une normalisation. C'est un aspect sur lequel nous devons concentrer nos efforts.

Au moment où nous consentons cet investissement majeur et de grande portée dans les dossiers électroniques de santé, il est primordial de bien noter que le système doit être bénéfique non seulement pour les patients eux-mêmes, mais aussi pour les chercheurs qui analysent les impacts sur la santé de la population. En nous inspirant de cette vision, nous pourrions adapter légèrement le cadre d'intervention en conséquence, et j'estime qu'il s'agit là d'un aspect très important.

Le sénateur Callbeck : Vous dites que des éléments du système sont en cours de normalisation. Est-ce que le processus est déjà terminé dans certains cas?

Ms. Yeates: There have been tremendous efforts to build on the investment of one jurisdiction from another. For example, when a drug information issue occurs in certain provinces, there is a learning of impacts from one to another. I do not know all of those local pieces to say how standardized they are. I certainly know that some components are and some components may not need to be.

Our sense is that more work can be done as a country to define what we actually want and expect from these population health data sources. There will be some components that should only be used for individual circumstances and we should leave those data elements there. There may be others that we think should be used at a population health level. Those would be the ones that we need to standardize.

Senator Callbeck: Do you feel that the federal government is playing a strong role in this endeavour?

Ms. Yeates: It is clear that the federal government has made a major investment in the electronic health record, which is critical. We cannot proceed without that kind of investment.

I think that individual jurisdictions have less of an interest in standardization across the country. This is an important potential federal role. In addition to the role that has been made, there is the potential to be clear about the expectations of electronic health records for the kind of population health uses that can, in a privacy sense, be done where appropriate.

Senator Callbeck: Ms. Roos, your presentation indicates that public support is needed for action on these broad issues. You then gave the example on the slide where you showed the real educational outcomes, and the Business Council saw this and made the connection. What role does the federal government have in trying to get the public to understand how population health affects productivity? How can the federal government make people aware of the fact that this contributes to good health? How do we make this connection?

Ms. Roos: I have spent the last 35 years in Manitoba with a few forays into federal issues, and I have some problem knowing factually how to answer that question because I do not know. My sense is that the federal government has powerful potential in partnership with national business organizations that have groups in every province. Let me describe what is happening in Manitoba and maybe you can translate it to the federal level.

The Business Council takes on initiatives. For example, immigration has been their big initiative to solve the labour shortage. They had an all-day session where they consulted with the public, business leaders and government. They had lunch with ministers and their deputies. They set a target that is being met,

Mme Yeates : Des efforts considérables ont été déployés pour que chaque instance puisse miser sur les investissements déjà consentis par les autres. Par exemple, lorsque certaines provinces sont aux prises avec un problème touchant l'information sur les médicaments, il est possible pour chacune de tirer des enseignements sur les conséquences possibles à partir des expériences vécues par l'autre. Je ne connais pas suffisamment les différents éléments des systèmes locaux pour pouvoir vous dire à quel point le processus de normalisation est avancé. Je sais toutefois que certaines composantes ont été normalisées et que la normalisation n'est pas nécessairement requise dans d'autres cas.

À notre avis, il y a encore du travail à faire à l'échelle nationale pour définir ce que nous attendons exactement de ces sources de données sur la santé de la population. Il y a certains éléments qui ne devraient servir qu'au traitement des cas individuels et nous devrions les laisser en place. Il y en a d'autres qui, selon nous, devraient être utilisés au niveau de la santé de la population. C'est dans ces derniers cas que la normalisation est nécessaire.

Le sénateur Callbeck : Croyez-vous que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan dans cette initiative?

Mme Yeates : On ne peut pas nier que le gouvernement fédéral a investi des sommes considérables dans le dossier électronique de santé, ce qui est essentiel. Nous ne pourrions rien faire sans des investissements semblables.

Je crois que la normalisation à l'échelle du pays revêt moins d'importance pour les différents gouvernements. C'est un rôle crucial qui pourrait incomber au gouvernement fédéral. En outre, on pourrait aussi préciser clairement les attentes relatives aux dossiers électroniques de santé en fonction des utilisations pouvant en être faites aux fins de la santé des populations, dans un souci de protection de la vie privée.

Le sénateur Callbeck : Madame Roos, vous indiquez dans votre présentation que le soutien public est nécessaire pour appuyer l'action dans ces grands dossiers. Il y a une diapositive où vous donnez un exemple dans lequel le Business Council est passé à l'action après avoir été mis au fait des résultats véritables en matière d'éducation. Quel rôle doit jouer le gouvernement fédéral dans les efforts déployés pour faire comprendre aux gens en quoi la santé de la population influe sur la productivité? Comment le gouvernement peut-il s'y prendre pour que les gens se rendent compte que cela est bénéfique pour la santé? Comment pouvons-nous établir ce lien?

Mme Roos : Mis à part quelques intrusions dans les dossiers fédéraux, j'ai passé les 35 dernières années au Manitoba et j'aurais de la difficulté à répondre à cette question car je ne connais pas les faits. Je crois qu'il existe d'excellentes possibilités de partenariat entre le gouvernement fédéral et les associations nationales d'entreprises qui comptent des groupes dans chaque province. Je vais vous décrire ce qui se passe au Manitoba et peut-être pourrez-vous transposer la situation à l'échelle fédérale.

Le Business Council entreprend différentes initiatives. Par exemple, l'immigration est la principale avenue considérée pour régler le problème des pénuries de main-d'œuvre. Une séance d'une journée a été tenue pour consulter la population, les chefs d'entreprise et le gouvernement. Les gens du Business Council ont

and they are very happy with this. That is the type of effort that they will now begin in relation to investing in the at-risk kids agenda. They are bringing in people from Minneapolis and Hamilton and will have an all-day session, again bringing in the ministers. Once the ministers see that the Business Council is interested in this, and if the public buys in, and, of course, the press is very interested in this, then the government, despite all of its competing interests, will think it is important.

Maybe we can get a few examples of at-risk kids who have done well. We have a program in the inner city schools that is working. The United Way, another organization, is starting a poverty council. They are interested in working with this in the United Ways across the country.

The federal government could initiate a series of conversations and consultations around using data that exists in British Columbia, data similar to that which I have presented for Manitoba children. They could do the same thing in Ontario and other provinces. It would be possible to bring together in each locality the potential to persuade the broad community to make a commitment.

Senator Callbeck: Something else I wanted to ask you about was drugs not being tested on our children before the drugs come to market. They are usually tested on healthy adults. This, I guess, is a proposal, is it?

Ms. Roos: Yes. The drug safety and effectiveness research network is a proposal that is now being considered by Health Canada and the provinces.

Senator Callbeck: And the provinces?

Ms. Roos: Across the country.

Senator Callbeck: Thank you.

The Chair: I wish to take you back to the comment you made in response to Senator Cochrane when you said “aha!” in regard to the similarities of infants at birth across socio-economic groups. As I mentioned to you, there is a huge emphasis on prenatal care. I am aware of programs in Canada for First Nations where there has been a heavy emphasis on the change of [inaudible]. I have not talked to [inaudible] about this, but I did talk to him about it last time. He still was convinced [inaudible]. Some of the early development scientists, neurologists and various kinds of research [inaudible] saying, the brain is developed to about one third when a child is born; the other two thirds [inaudible] and a lot of it [inaudible]. If that first third does not occur in the uterus, there is a huge problem. I got the impression that you had the data to back that up. Is that correct?

dîné avec les ministres et leurs sous-ministres. Ils ont établi un objectif que l'on est en voie d'atteindre, ce qui les satisfait pleinement. Ils vont maintenant amorcer un effort semblable pour investir dans le dossier des enfants à risque. Ils ont convoqué des spécialistes de Minneapolis et de Hamilton et tiendront une journée d'étude en plus de rencontrer à nouveau les ministres. Lorsque les ministres verront que le Business Council s'intéresse au dossier et si la population emboîte le pas et, bien sûr, si la presse suit de près à la question, alors le gouvernement, malgré tous les intérêts qui l'interpellent, comprendra que c'est important.

Peut-être pourrions-nous présenter quelques exemples de jeunes à risque qui se sont bien tirés d'affaires. Nous avons un programme offert dans les écoles des quartiers défavorisés qui produit de bons résultats. Centraide met actuellement sur pied un conseil de la pauvreté. Il veut mettre à contribution ses différentes instances dans toutes les régions du pays.

Le gouvernement fédéral pourrait lancer une série de discussions et de consultations relativement à l'utilisation des données existantes en Colombie-Britannique, lesquelles sont semblables à celles qui sont présentées concernant les enfants manitobains. La démarche pourrait être reprise en Ontario et dans les autres provinces. On pourrait ainsi se donner les moyens dans chaque localité de convaincre l'ensemble de la communauté à prendre un engagement en ce sens.

Le sénateur Callbeck : J'aurais également une question au sujet des médicaments qui ne sont pas testés sur des enfants avant d'être mis sur le marché. On a en fait recours à des adultes en santé pour tester ces médicaments pour enfants. Il s'agit, je suppose, d'une proposition, n'est-ce pas?

Mme Roos : Oui. L'établissement d'un réseau de recherche sur la sécurité et l'efficacité des médicaments est une proposition actuellement prise en considération par Santé Canada et les provinces.

Le sénateur Callbeck : Et les provinces?

Mme Roos : Dans tout le pays.

Le sénateur Callbeck : Merci.

Le président : Je voudrais vous ramener au commentaire que vous avez formulé en réponse au sénateur Cochrane lorsque vous avez parlé de révélation quant au fait que les enfants des différents groupes socioéconomiques sont presque tous semblables à la naissance. Comme je vous l'ai déjà indiqué, on met énormément l'accent sur les soins prénataux. Je sais qu'il y a au Canada des programmes destinés aux Autochtones où on a beaucoup insisté sur le changement de [inaudible]. Je n'ai pas parlé à [inaudible] à ce sujet, mais je me suis repris à la dernière occasion. Il était toujours persuadé [inaudible]. Selon certains spécialistes du développement de la petite enfance, des neurologues et différentes recherches [inaudible], le cerveau a déjà atteint le tiers de son développement au moment de la naissance; les deux tiers qui restent [inaudible] et, dans une large mesure [inaudible]. Si ce premiers tiers du développement ne se produit pas dans l'utérus, vous avez un problème grave. J'ai cru comprendre que vous disposiez des données nécessaires pour étayer cette théorie. Est-ce exact?

Ms. Roos: We looked at three different measures. One was birth weight. One was gestational age — small for gestational age and large for gestational age. The other was the one- and five-minute Apgar scores that cover the general functioning of a child.

Having looked at those data which suggest that only 11 per cent of kids in income assistance families are passing their grade 12 test on time, compared with 76 per cent, we find that almost 90 per cent of kids at birth are essentially undistinguishable on those measures. When I said it was an “aha!” moment for me, that is what I was describing.

Fetal alcohol syndrome will not be picked up necessarily with those tests. That is something we are now working on. We have a registry regarding fetal alcohol syndrome, and we are trying to determine how much of what we see may be explained by that.

Even the biggest assumptions regarding FASD come nowhere near to explaining the long-term differences we are seeing. To me, the “aha!” is you keep kids in school and the differences in socioeconomic status, or SES, almost go away. Look at the Reading Recovery Program given to grade 1 kids. When you look at kids from those income assistance families and from very affluent families, their scores before and after the program are very similar; poor and rich kids recover. As far as we can tell from physiological studies, these income assistance children are not damaged kids; they have real potential. That is the kind of stuff that comes out of this data.

The Chair: That is truly fascinating information because we have not had a lot of information so far. The information we have received has been steering us in the direction of maternal health, prenatal health and early childhood development, and then move on from there. What you are saying shakes up that hypothesis. I must spend more time with you.

Ms. Roos: I would be delighted.

Senator Fairbairn: I could not let the day go by with people like yourself here without asking if you could expand on the fundamental importance of literacy. When does literacy become important? In your studies and in your work, you see the effort that is being made within the schools to reach the very kind of children that you are most concerned about in respect of their development. I am very aware of Manitoba and the terrific work that has been done on this issue over the years. Could you expand on that a bit for us?

Mme Roos : Nous avons examiné trois mesures différentes. Il y avait d'abord le poids à la naissance. Il y avait aussi l'âge fœtal — à savoir si l'enfant était plus ou moins développé en fonction de cet âge. Comme dernière mesure, nous avons les scores Apgar enregistrés au bout d'une et de cinq minutes pour évaluer le fonctionnement général de l'enfant.

Dans le contexte des données indiquant que seulement 11 p. 100 des enfants des familles bénéficiant d'une aide au revenu obtiennent leur diplôme d'études secondaires dans les délais prévus, comparativement à 76 p. 100, nous constatons que près de 90 p. 100 des enfants sont pour ainsi dire non différenciables à la naissance lorsqu'on utilise ces mesures. C'est pour cette raison que j'ai parlé d'une véritable révélation à mes yeux.

Ces tests ne permettraient pas nécessairement de détecter le syndrome d'alcoolisme fœtal. Nous nous employons actuellement à corriger cette lacune. Nous tenons un registre concernant le syndrome d'alcoolisme fœtal et nous essayons de déterminer dans quelle mesure les faits que nous observons peuvent lui être attribuables.

Même les hypothèses les plus soutenues concernant le syndrome d'alcoolisme fœtal sont bien loin de pouvoir expliquer les différences à long terme que nous observons. À mon sens, la révélation vient du fait qu'il suffit de garder les enfants à l'école pour voir s'estomper presque automatiquement les distinctions dues au statut socioéconomique. Il suffit de penser au programme d'intervention préventive en lecture offert aux élèves de première année. Si l'on compare les résultats obtenus avant et après ce programme pour les élèves provenant de familles vivant de l'aide sociale et ceux de familles très aisées, il n'y a pas vraiment de différence; les résultats sont bons, tant pour les enfants pauvres que pour les enfants riches. À la lumière des études physiologiques menées, on peut conclure que ces enfants venant de familles bénéficiaires de l'aide au revenu ne sont pas particulièrement mal en point; ils ont vraiment du potentiel. C'est le genre d'enseignement que l'on peut tirer de ces données.

Le président : Tout cela est vraiment fascinant car nous n'avions pas beaucoup d'information à ce sujet jusqu'à maintenant. Les renseignements que nous avons obtenus nous aiguillaient dans la direction de la santé maternelle, de la santé prénatale et du développement de la petite enfance comme points de départ essentiels. Cette hypothèse de base est remise en question par ce que vous venez de nous dire. Je devrais passer davantage de temps avec vous.

Mme Roos : Cela me ferait grand plaisir.

Le sénateur Fairbairn : Je m'en voudrais de ne pas profiter de la présence de spécialistes comme vous pour vous inviter à nous en dire davantage au sujet de l'importance primordiale de l'alphabétisation. À quel moment l'alphabétisation devient-elle importante? Dans le cadre de vos études et de votre travail, vous voyez les efforts déployés dans les écoles pour aider ces mêmes enfants dont le développement vous préoccupe le plus. Je connais très bien la situation au Manitoba et le travail exceptionnel qui a été accompli dans ce dossier au fil des ans. Pourriez-vous nous fournir plus de détails à ce sujet?

Ms. Roos: We are very interested right now in working with the Ministry of Education to understand how well their programs are working. I mentioned the Reading Recovery Program and how well it reaches those at-risk kids. This is a universal program. Manitoba gives a certain amount of money, depending on how many grade 1 kids you have, to every school to reach those children who do not read well. The problem is that it is a per capita grant. The affluent communities get essentially as much per kid as do the inner city schools. The affluent kids are much more likely to recover than the kids at inner city schools because they cannot do one-on-one programs.

I do not want to underplay the importance of the mothers. When I mentioned that the regional health authority was working on literacy programs, this was to reach the mothers and fathers of these kids. We know that a child spends so much time with their family that it is incredibly important to try to raise their literacy levels also. There is no question that those kinds of programs are very important.

Senator Fairbairn: We were in a good position a while back when the various levels of government were working closely together on this issue, and it is not quite like that now. I am not pointing my finger at any particular level of government, but, as time goes by and other things arise in the world, sometimes these issues that look fairly mundane slide off the table. When you talk about these inner city issues, are they part of joint community efforts or efforts with one particular organization?

Ms. Roos: We have been trying to bring together as many organizations as possible. I was just in communication with the head of the Winnipeg Regional Health Authority who is bringing in the head of the Department of Pediatrics and the head of the Women's Hospital because they now have joint programs with the Ministry of Family Services. We know these are high-risk kids with a lot of issues, including accidents and injuries, that bring them to the hospital.

For example, a pediatrician I work with said that in their neonatal intensive care facility they now treat teen mothers the same way they treat mothers of very low birth-weight infants in terms of the probability that their child will be re-hospitalized. They connect them with services and tell them that they need to have frequent visits to a pediatrician. Trying to get the health responders to respond to social risk factors as they do for biological risk factors is another achievement.

Senator Fairbairn: A few years ago, the City of Winnipeg was active in a program that started in a small community in southwestern Alberta and then blossomed as people picked it up.

Mme Roos : Nous sommes actuellement très intéressés à travailler avec le ministère de l'Éducation afin de déterminer si ces programmes donnent de bons résultats. J'ai parlé du programme d'intervention préventive en lecture et de son efficacité auprès des enfants à risque. Il s'agit d'un programme universel. Chaque école reçoit de la province une certaine somme d'argent, en fonction du nombre d'élèves de première année, pour aider les enfants éprouvant des difficultés dans l'apprentissage de la lecture. Malheureusement, il s'agit d'une subvention fondée sur le nombre d'élèves. À toutes fins utiles, les écoles desservant un secteur aisé reçoivent le même montant par élève que les écoles des milieux défavorisés dans les centres-villes. Les enfants des familles riches ont de bien meilleures chances de réussite que ceux des écoles des quartiers pauvres, car ces derniers n'ont pas accès à des programmes personnalisés.

Je ne voudrais pas minimiser l'importance du rôle joué par les mères. J'ai parlé du travail des offices régionaux de la santé en ce qui a trait aux programmes d'alphabetisation; ces offices s'emploient à rejoindre les mères et les pères de ces enfants. Comme un enfant passe tellement de temps au sein de sa famille, il est absolument crucial de s'efforcer d'élever le niveau d'alphabetisation de tout son entourage. Il ne fait aucun doute que les programmes semblables revêtent une importance capitale.

Le sénateur Fairbairn : Il fut un temps où nous étions en bonne posture dans ce dossier grâce à l'étroite collaboration entre les différents ordres de gouvernement, mais la situation a quelque peu changé. Je ne voudrais pas montrer du doigt un palier de gouvernement en particulier, mais il arrive que ces questions qui apparaissent plutôt banales soient mises au rancart sous l'effet du temps qui passe et des autres événements qui secouent la planète. Les efforts déployés dans les quartiers défavorisés des villes sont-ils le fait de l'ensemble de la collectivité ou d'une organisation en particulier?

Mme Roos : Nous essayons de mobiliser le plus grand nombre d'organisations possible. J'ai parlé récemment au responsable de l'Office régional de la santé de Winnipeg qui s'est adjoint ses homologues du département de pédiatrie ainsi que de l'hôpital pour femmes, car on offre désormais des programmes conjoints avec le ministère des Services à la famille. Nous savons qu'il s'agit d'enfants à haut risque exposés à de nombreux problèmes, y compris les accidents et les blessures pouvant les amener à visiter l'hôpital.

Par exemple, un pédiatre avec lequel je travaille a indiqué qu'au sein de l'unité de soins intensifs néonataux, on traitait désormais les mères adolescentes de la même façon que les mères des enfants ayant un poids insuffisant à la naissance pour ce qui est du risque que leur enfant soit de nouveau hospitalisé. On les met en contact avec les différents services offerts et on leur indique qu'elles devront visiter fréquemment le pédiatre. Obtenir des intervenants en santé qu'ils réagissent aux facteurs de risque sociaux de la même manière qu'ils le font pour les facteurs de risque biologiques est une autre réalisation bénéfique.

Le sénateur Fairbairn : Il y a quelques années, la ville de Winnipeg offrait un programme qui avait vu le jour dans une petite collectivité du sud-ouest de l'Alberta avant de gagner en

It was called Books for Babies. The program started in a little town like Pincher Creek and went across Canada. It went into the hospitals and, sometimes, into institutions so that no one now walks out the door without knowing that literacy for themselves and for their babies is a critical issue. I would hope that in Manitoba they are still doing that.

Ms. Roos: They are. Again, I think involving the parents is so important. They were sending the family home with books. The father said, “Why would you read to a baby who cannot read? What is the point?” The explanation was that while you are holding them, they are learning lots of new words and their brain is starting to learn. The father said, “Okay, I can do that.” He clearly could do that, but it never occurred to him before he heard from the program.

Senator Fairbairn: That is the magic of the gentleman who will be here tomorrow. He has been an absolute icon.

The Chair: Honourable senators, if there are no more questions, allow me to thank our guests. We have had a lovely afternoon. We will be in touch with you. This is not over yet.

The committee continued in camera.

OTTAWA, Wednesday, February 27, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:16 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 have some problems today. The Senate is meeting as we meet and, should there be a bell, we have to immediately leave and vote. The meeting may get truncated. That is life around here.

In any event, we have before us Jim Ball from the Public Health Agency, from the Treasury Board of Canada, Indian Affairs and Health division, we have Sally Thornton, and from Finance Canada, we have Yves Giroux. Ms. Thornton and Mr. Giroux will not provide presentations, but they will answer questions.

Please proceed, Mr. Ball.

Jim Ball, Director General, Strategic Initiatives and Innovations, Public Health Agency of Canada: Good afternoon, honourable senators, guests and fellow panellists. I am pleased to be back to speak to this important issue that you are addressing.

importance au gré des différents intérêts locaux. Le programme, intitulé Books for Babies, avait débuté dans la petite localité de Pincher Creek avant de s'étendre partout au Canada. Les intervenants se rendaient dans les hôpitaux et, parfois, dans certains établissements spécialisés de telle sorte que personne ne quitte ces endroits sans connaître l'importance cruciale de l'alphabétisation pour soi-même et pour son enfant. J'ose espérer que le programme existe toujours au Manitoba.

Mme Roos : Il existe effectivement. Encore là, j'estime crucial d'obtenir la participation des parents. On donnait des livres à la famille pour son retour à la maison. Le père demandait : « À quoi ça sert de lire à un bébé? » On lui expliquait qu'un enfant que l'on tient dans ses bras assimile un grand nombre de nouveaux mots alors que son cerveau amorce le processus d'apprentissage. Le père disait alors : « D'accord, c'est quelque chose que je peux faire. » C'est évident qu'il pouvait le faire, mais cela ne lui était jamais venu à l'idée avant d'avoir entendu parler du programme.

Le sénateur Fairbairn : C'est un peu la magie qui opérera demain. On ne saurait imaginer plus belle illustration.

Le président : Honorables sénateurs, s'il n'y a pas d'autres questions, permettez-moi de remercier nos invités. Ce fut un après-midi très agréable. Vous allez avoir de nos nouvelles. Nous n'en avons pas fini avec vous.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

OTTAWA, le mercredi 27 février 2008

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 16 pour poursuivre son étude sur les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

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

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs, nous avons quelques problèmes aujourd'hui. Le Sénat siège en ce moment, et si le timbre retentit, nous devons quitter la salle immédiatement et aller voter. La séance pourrait être momentanément interrompue. C'est la vie ici.

Quoi qu'il en soit, nous accueillons aujourd'hui Jim Ball de l'Agence de santé publique du Canada, de la Division des affaires indiennes et de la santé du Conseil du Trésor du Canada, Mme Sally Thornton et de Finances Canada, Yves Giroux. Mme Thornton et M. Giroux ne feront pas d'exposés, mais répondront aux questions.

Allez-y, monsieur Ball.

Jim Ball, directeur général, Direction des initiatives stratégiques et de l'innovation, Agence de santé publique du Canada : Bonjour, honorables sénateurs, invités et témoins. Je suis heureux de revenir vous parler de la question importante que vous examinez.

I am now the Director General of Strategic Initiatives and Innovations in the Health Promotion and Chronic Disease Prevention Branch of the Public Health Agency, and I am pleased to be here to speak to you about actions taken, associated barriers as well as models and mechanisms to advance population health and the population health approach across departments and among jurisdictions.

I have also noted the tabling of your two reports yesterday. Congratulations. These analyses of international experiences will be of strong interest and value, not only to your subcommittee but to a spectrum of stakeholders working to advance population health and health inequalities in Canada.

I am working through the slide deck that you should have in front of you. On the second page, essentially, my plan is to respond to the three questions that you have provided to us and which have been noted on the slide.

Over on slide three, this is essentially an overview of how my presentation will flow. There are six slides that speak to some of the highlights and selected examples of experiences in advancing population health policy, models and approaches taken at the federal as well as the FPT, federal-provincial-territorial, and provincial and territorial levels that provide learnings for potential future work.

I have also identified some of the barriers that have been observed in advancing cross-departmental and inter-jurisdictional population health policies and will end by identifying evidence from international experiences that we have seen that speaks to the requisites and enablers for successfully advancing the social determinants of health. This latter information has been the result of work undertaken in the context of the WHO commission on the social determinants of health.

Turning to slide 4, although it may seem basic, an important step in this work is to develop a common understanding of what we mean by population health and the population health approach.

Over the years, particularly during the 1990s, we put a great deal of effort into building this understanding. Your subcommittee has provided a succinct overview or definition, if you will, which is very helpful as you move forward in your work, through your consultation process toward the development of your final report.

The population health approach I can safely say is now well accepted and applied in the health sector. Some examples of this include a number of the issues that are being addressed by federal and national strategies. They include actions to influence key determinants. For example, our tobacco control strategy and its promotion of healthy public policies leading to smoke-free environments is an example of how a strategy

Je suis maintenant directeur général, Initiatives stratégiques, Innovations et promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques à l'Agence de santé publique, et je suis heureux d'être ici pour vous parler des mesures prises relativement aux obstacles et des modèles et mécanismes pour améliorer la santé de la population et de l'approche en matière de santé de la population des divers ministères et des diverses instances.

J'ai aussi remarqué que vous avez déposé vos deux rapports hier, et je vous en félicite. Ces analyses d'expérience internationale auront beaucoup d'intérêt et de valeur, non seulement pour votre sous-comité, mais aussi pour toute une gamme d'intervenants qui travaillent pour améliorer la santé des populations et mettre fin aux iniquités en matière de santé au Canada.

Je travaille à partir des diapositives que vous avez devant vous. À la deuxième page, vous pouvez voir mon but, qui est de répondre aux trois questions que vous nous avez posées et qui sont justement notées sur la diapositive.

La troisième diapositive vous donne essentiellement un aperçu du déroulement de mon exposé. Suivent ensuite six diapositives qui vous donneront les faits saillants et des exemples d'expériences visant à améliorer les politiques en matière de santé des populations, de même que des modèles et des approches adoptés par le fédéral, de même que par les instances FPT, fédérale-provinciale-territoriale, et PT, provinciale et territoriale qui nous permettent de tirer des leçons pour tout travail potentiel à l'avenir.

Je vous parlerai également de certains des obstacles à l'amélioration des politiques interministérielles et intergouvernementales en matière de santé des populations et je terminerai en vous parlant d'expérience internationale concrète qui nous informe sur les exigences à respecter et les outils qui permettent d'améliorer avec succès les déterminants sociaux de la santé. Ces données découlent des travaux entrepris dans le contexte de la commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé.

La quatrième diapositive peut vous sembler simple, mais une étape importante de cette étude est de comprendre ce qu'on entend par santé des populations et approche axée sur la santé des populations.

Au fil des ans, surtout durant les années 1990, nous avons investi beaucoup d'efforts pour justement avoir une meilleure compréhension du phénomène. Votre sous-comité a fourni un aperçu succinct, ou une définition, si l'on veut, qui est très utile pour la suite des travaux, et le processus de consultation qui mèneront à la rédaction de votre rapport définitif.

Je peux désormais dire avec assurance que l'approche axée sur la santé des populations est maintenant bien acceptée et appliquée dans le domaine de la santé. Prenons par exemple les stratégies fédérales et nationales pour régler certains problèmes. Il s'agit entre autres de mesures visant à influencer les principaux déterminants. Prenons par exemple notre stratégie de contrôle du tabac et la promotion de politiques publiques saines, qui ont

has picked up on a population health approach and made headway in terms of changing environments that impact on health.

Population health is integrated into a set of core competencies for public health practitioners, and this has been recently agreed to by federal-provincial-territorial governments at the deputy minister level. We are now seeing various forms of public health included more and more in university curricula. We are seeing schools of public health being established, including an emphasis on the determinants of health and the role of public health in addressing those underlying factors.

Population health has been adopted at the municipal government level — to mention a few, Sudbury and Waterloo have developed frameworks and organizational units specifically to address the social determinants of health in the context of their public health programs.

In 1997, the Government of Canada adopted the population health concept at the cabinet table. In Health Canada, a population health business line was developed. Ministers across the government agreed to this approach, but there was no substantive follow-up in terms of advancing population health through such tools as health impact assessments undertaken across the various departments at that time.

In general, I would say that population health policies since then have been more issue-specific and developed on the basis of windows of opportunities that have presented themselves. In other words, we have built in a determinants approach to the way an issue or a priority has been addressed versus looking at the range of upstream investments that are possible and focusing on those that would produce the greatest population health gains.

There are two important exceptions to this. One is the investment in children's initiatives, which, as you would know, involves a range of policies and initiatives across a number of different departments and have been in place for a number of years, given early childhood development as an important fundamental determinant of health. That would be one of the key exceptions.

Second, I would mention seniors policy and interventions. There are indicators of improved well-being of seniors that have coincided with the introduction of the pension plan, as well as other initiatives, such as the New Horizons for Seniors Program that was introduced at that time as well, which reflected a social determinants approach. Seniors and seniors policies and investments you could say are one of the population health success stories in Canada. Since the pension plan was introduced in 1978, we have seen the poverty rate among seniors drop. Improvements in seniors' health have coincided with improvements in their economic situation in recent decades. The prevalence of some important chronic conditions, notably heart disease, high blood pressure, arthritis, depression, et cetera, has declined amongst seniors since the 1970s. While we cannot say

mené à des environnements sans fumée. Voilà comment une approche axée sur la santé des populations a influencé une stratégie et mené à un changement d'environnement positif sur la santé.

La santé des populations est intégrée dans toute une série de compétences de base relevant des praticiens du domaine de la santé publique, et les sous-ministres FPT en ont récemment convenu. Nous voyons maintenant que la santé publique sous toutes ses formes est abordée de plus en plus dans les programmes universitaires. Des écoles de santé publique ont été mises sur pied, et celles-ci mettent entre autres l'accent sur les déterminants de la santé et le rôle de la santé publique relativement à ces facteurs sous-jacents.

Le concept de santé des populations a été adopté par des administrations municipales. Sudbury et Waterloo, entre autres, ont élaboré des cadres et créé des unités organisationnelles consacrées exclusivement aux déterminants sociaux de la santé dans le contexte de leurs programmes de santé publique.

En 1997, le gouvernement du Canada a adopté le concept de santé des populations au Cabinet. Santé Canada a créé un secteur de la santé des populations. De nombreux ministres ont accepté cette approche, mais aucun suivi sérieux n'a été effectué pour ce qui est d'améliorer la santé des populations au moyen d'outils comme les études d'impact sur la santé entreprises par divers ministères à l'époque.

De façon générale, je vous dirais que les politiques en matière de santé des populations sont maintenant beaucoup plus ciblées et fondées en fonction des possibilités qui se présentent. Autrement dit, nous avons élaboré des approches relatives aux déterminants dans le cadre des mesures prises relativement à un problème ou aux priorités établies, au lieu d'examiner les investissements en amont qui sont possibles et de se concentrer sur ceux qui amélioreraient le plus la santé des populations.

Il y a cependant deux exceptions importantes à cette règle. D'abord, les investissements dans les initiatives qui visent les enfants, qui, comme vous le savez, touchent toute une gamme de politiques et d'initiatives au sein de nombreux ministères et qui sont en place depuis de nombreuses années, puisque le développement de la petite enfance est un déterminant fondamental important de la santé.

Ensuite, les politiques et les interventions qui visent les personnes âgées. Certains indicateurs d'amélioration du bien-être des personnes âgées ont coïncidé avec la mise en œuvre d'un régime de pensions, de même que d'autres initiatives, comme le programme Nouveaux horizons pour les personnes âgées qui a été mis sur pied à cette époque également, et qui tenait compte de l'approche axée sur les déterminants sociaux. Les politiques et les investissements visant les personnes âgées sont selon moi une réussite en matière de santé des populations au Canada. Depuis que le régime de pensions a été mis en œuvre en 1978, le taux de pauvreté chez les personnes âgées a diminué. L'amélioration de la santé des personnes âgées a coïncidé avec l'amélioration de leur situation économique ces dernières décennies. La prévalence de certaines conditions chroniques importantes, comme les maladies

that it is cause and effect, there is a strong association, temporally at least, with the introduction of those measures and the improvement of the health and well-being of seniors.

Turning to slide 5, models and approaches, at the federal level we have engaged in a number of horizontal population health initiatives, some led by the health portfolio in the federal government and some by other departments. Among those, no one approach stands out as the best way or the most appropriate way to go, but each of these different models and approaches provides lessons, challenges that were faced, and opportunities that we can identify, to inform future efforts.

In the interests of time, I will point out just a few examples. The national security policy, which is currently in place, while not a population health example, per se, is a model worth looking at. It is a policy objective that was at the outset driven by a Government of Canada priority. It resulted in a suite of coherent and integrated policy initiatives around security. The mechanisms that were formed ensured that that would happen and that they would be managed in that way. Committees at the deputy level, the ADM level were put in place to move this forward in an integrated way. In essence, it shows how a centrally driven priority seen as an urgent issue or an important issue can result in the needed horizontal work that would be required to effectively address the issue.

Second, I would mention the family violence initiative, because it has been within the health portfolio to lead a cross-government effort, and in fact was designed at the outset as an interdepartmental approach, and included and still includes dedicated funding for work across departments, so that there is support for this interdepartmental effort. There is a committee structure tied to that that provides the opportunity for collaborative decision making, integration of various initiatives and collaboration on the application of the funds that have been provided to address family violence, all the way from the determinants of family violence to mitigating the effects of this issue.

Over on slide six, on the inter-jurisdictional front and at the provincial-territorial level, there are a number of efforts of note. I know you will be publishing a report in terms of provincial-territorial activities in this area, and I know as well that you have heard from some other witnesses on some of these. I will focus on a few that you perhaps may not be as familiar with.

The first one I would mention is a committee that is no longer in existence but had an awful lot to do with the development of the population health approach in Canada. That was the Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. It consisted primarily of ADMs. responsible at the federal and provincial-territorial levels for work in this area. Essentially,

du cœur, l'hypertension, l'arthrite, la dépression, et cetera, a diminué chez les personnes âgées depuis les années 1970. Bien qu'on ne puisse établir un lien de cause à effet, on peut établir un lien solide, dans le temps à tout le moins, avec la mise en œuvre de ces mesures et l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes âgées.

Passons à la cinquième diapositive, intitulée modèles et approches. À l'échelle fédérale, nous avons entrepris de nombreuses initiatives horizontales en matière de santé des populations, certaines dirigées par le ministère de la Santé, d'autres par d'autres ministères. Aucune de ces initiatives ne se démarque comme étant la meilleure ou la plus appropriée, mais chacun de ces modèles et chacune de ces approches offrent des leçons, des expériences et des possibilités pour guider nos efforts à l'avenir.

Dans l'intérêt du temps, je ne vais vous donner que quelques exemples. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un exemple en matière de santé des populations comme tel, la politique de la sécurité nationale, qui est actuellement en place, est un modèle qui vaut la peine d'être examiné. Il s'agit d'un objectif politique qui était au départ motivé par une priorité du gouvernement du Canada. Cet objectif a mené à une suite d'initiatives cohérentes et intégrées relativement à la politique en matière de sécurité. Les mécanismes adoptés ont fait en sorte que la politique devienne réalité et soit gérée de cette façon. Des comités composés de sous-ministres et de sous-ministres adjoints ont été créés afin que le tout soit mené à bien de façon intégrée. Cette expérience nous démontre essentiellement qu'une priorité commune considérée comme urgente peut mener à la réalisation du travail horizontal nécessaire pour atteindre les objectifs fixés de façon efficace.

Ensuite, je vous donnerais comme deuxième exemple l'initiative de lutte contre la violence familiale. Cet effort pangouvernemental est dirigé par le ministère de la Santé. Cette initiative a effectivement été conçue dès le départ comme une approche interministérielle et prévoyait, et prévoit d'ailleurs toujours, des fonds pour des travaux interministériels pour appuyer cet effort interministériel. La structure de comité à cet égard rend possible un processus décisionnel de collaboration, l'intégration de diverses initiatives et une certaine collaboration quant à la distribution des fonds consacrés à la lutte contre la violence familiale, des déterminants de la violence familiale à l'atténuation de ces effets.

À la sixième diapositive, on peut voir que du point de vue intergouvernemental et à l'échelle provinciale et territoriale, il y a de nombreuses initiatives à noter. Je sais que vous publierez un rapport sur les activités provinciales-territoriales dans ce domaine, et je sais également que vous avez entendu d'autres témoins sur certaines de ces activités. Je vais me concentrer sur quelques activités que vous ne connaissez peut-être pas aussi bien.

Je vais d'abord vous parler d'un comité qui n'existe plus, mais qui a eu un grand rôle à jouer dans l'élaboration de l'approche axée sur la santé des populations du Canada. Il s'agit du Comité consultatif FPT sur la santé des populations. Il était composé surtout de sous-ministres adjoints FPT responsables des travaux dans ce domaine. Le comité a clairement défini l'approche

together, it articulated the population health approach and published documents on the broader determinants of health, including the identification more recently of what are the health sector roles in advancing the social determinants of health through intersectoral work. It really provided the foundation for FPT work on population health. This effort led to the establishment of the federal-provincial-territorial public health network, the Pan-Canadian Public Health Network, which is now in place. It is governed by a council that consists of a chief medical officer of health for a given jurisdiction or a senior ADM responsible for public or population health. All jurisdictions are represented. It is an effective mechanism that is engaged in developing collaborative policy and initiatives. The advantage over the Advisory Committee on Population Health is that the Pan-Canadian Public Health Network has a mandated capacity to facilitate the implementation of this collaborative policy that is developed at the federal-provincial-territorial level.

The committee reports to a conference of federal-provincial-territorial deputy ministers who, in turn, report to the ministers of health across the country. There is strong potential to build on this work and to engage the Public Health Network further on addressing population health or the social determinants of health.

Some provincial-territorial initiatives of note: Quebec, you have heard from directly, so I will move west to Manitoba. The Manitoba child health initiative — Healthy Child Manitoba — is very interesting in that it is a cross-government initiative governed by a ministerial coordinating committee that is spearheading an intersectoral, interdepartmental strategy that is multi-faceted in nature. It is aimed at the improving the health and well-being of children and adolescents in Manitoba. It is quite an interesting model and an initiative that has achieved tangible results as a result of the cross-departmental engagement that it has achieved.

In British Columbia, I think you have heard something about the ActNow BC initiative. It is as a government-wide effort with an ADM committee with representatives from multi-departments. Plans are developed and a contribution is made to the priority of the premier to some stated objectives that include the goal of being the healthiest population ever to host an Olympic games. More important, this initiative was also driven by concerns over projections that they made out over a number of years in terms of the cost of their health care system. Those projections demonstrated that it would leave the province in a position of having only the capacity to cover its health care budget, a flat-line budget for education and no funding left for anything else that the provincial government would want to be engaged in. This was a strong impetus for moving forward on an initiative that would hopefully reduce the pressures through improved health status of the citizens of British Columbia.

axée sur la santé des populations et publié des documents sur les déterminants de la santé les plus vastes, y compris la détermination, plus récemment, des rôles du secteur de la santé quant à l'amélioration des déterminants sociaux de la santé au moyen de travaux intersectoriels. Le comité a en fait jeté les fondements des travaux FPT sur la santé des populations. Ces efforts ont mené à la création du réseau pancanadien de santé publique, un réseau de santé publique fédéral-provincial territorial qui est maintenant en place. Il est régi par un conseil composé d'un médecin-hygiéniste en chef d'une province donnée ou d'un sous-ministre adjoint principal responsable de la santé publique et de la santé des populations. Tous les gouvernements sont représentés. Il s'agit d'un mécanisme efficace qui vise le développement, en collaboration, de politiques et d'initiatives. Comparativement au Comité consultatif sur la santé de la population, le réseau pancanadien de santé publique a l'avantage d'avoir le mandat de faciliter la mise en œuvre de cette politique de collaboration élaborée à l'échelle fédérale-provinciale-territoriale.

Le comité fait rapport à une conférence de sous-ministres fédéraux-provinciaux-territoriaux, qui, à leur tour, font rapport au ministre de la Santé partout au pays. Il est fortement possible de miser sur ces travaux et de faire participer le réseau de la santé publique davantage à l'amélioration de la santé des populations ou des déterminants sociaux de la santé.

Certaines initiatives provinciales territoriales valent la peine d'être mentionnées. Vous avez déjà entendu des représentants du Québec, alors je vais passer à l'initiative santé des enfants Manitoba, Enfants en santé Manitoba, qui est très intéressante puisqu'il s'agit d'une initiative intergouvernementale régie par un comité de coordination ministériel qui dirige une stratégie interministérielle intersectorielle à plusieurs volets. Cette initiative vise l'amélioration de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents manitobains. Il s'agit d'un modèle très intéressant et d'une initiative qui a atteint des résultats tangibles grâce à l'engagement interministériel qui a été pris.

En Colombie-Britannique, je crois que vous êtes quelque peu au courant de l'initiative ActNow BC. Il s'agit d'un effort pangouvernemental dirigé par un comité de sous-ministres adjoints de divers ministères. Des plans sont élaborés et des contributions sont versées pour réaliser certains des objectifs prioritaires du premier ministre, soit notamment d'avoir la population la plus en santé à avoir jamais été l'hôte des Jeux olympiques. Qui plus est, cette initiative a également été motivée par les inquiétudes causées par la prévision des coûts du système de soins de santé sur de nombreuses années. Ces prévisions indiquaient que la province, après les soins de santé payés, n'allait avoir d'argent dans son budget que pour un montant fixe pour l'éducation. Il ne resterait rien pour quoi que ce soit d'autre dans lequel le gouvernement provincial voudrait investir. Ces prévisions ont joué un rôle important dans la mise de l'avant d'une initiative qui, on l'espère, allégera les pressions en améliorant l'état de santé des citoyens de la Colombie-Britannique.

ActNow BC is a good start. For it to be successful, it needs to continue to move on the underlying conditions or the determinants of healthy choices. At this point, it is in the early days. It is probably more focused on some of those lifestyle factors, but, hopefully, in the future it will be a model that more strongly addresses the underlying conditions and the determinants of health.

At the bottom of this slide, you will see the intersectoral efforts at the community level that are worth looking at. Often, these initiatives have included investments by the federal government and the provincial-territorial governments, as well as municipal governments. I point to the Vancouver agreement, which was signed in 2000, as possibly the best example that engages all three levels of government. It has been evaluated positively by the Auditor General. It started with a focus on drug use in the Downtown Eastside and has moved to addressing social and physical conditions. The current agreement commits all levels of government to coordinate resources to implement a comprehensive strategy supporting economic, social and community development.

The results are beginning to show. There is less crime, reduced substance abuse, new businesses are emerging in that particular area of Vancouver, and there are overall safer conditions for the citizens.

Moving to slide 7, “Barriers to Advancing Population Health,” which is one of your questions, from a health sector perspective, we can work on population health within our sector through policies and programs that target issues and address risk factors and other conditions. Often, though, we are mitigating. We are mitigating the effects of more powerful drivers of health or of ill health. Many of the levers or the policy initiatives that would advance population health lie outside the purview of the health sector and the health portfolio in the federal government and within other departments in government and other sectors outside of government.

With these other departments focused principally on their own mandate, and with a finite set of resources, human and financial, in order to accomplish their mandate and their priorities, this is not a situation that is always conducive to collaborative work or horizontal work across government. The win-win in working together is not always clear. I will come back to this point in a few minutes.

As you know, working in a multi-jurisdictional environment — to comment on the last point on this slide — can be complex. Priorities and needs vary across jurisdictions. Some provinces and territories are more advanced in terms of addressing health and population health; others have less capacity in order to invest in this area. Different ideologies sometimes create challenges in finding common priorities and certainly common approaches to

ActNow BC est un pas dans la bonne direction. Pour que cette initiative réussisse, elle doit continuer à faire des progrès relativement aux conditions sous-jacentes ou aux déterminants des choix santé. L’initiative en est encore à ses débuts. Elle est probablement davantage concentrée sur certains de ces facteurs d’habitude de vie mais, j’espère qu’à l’avenir il s’agira d’un modèle qui s’attaquera plus rigoureusement aux conditions sous-jacentes et aux déterminants de la santé.

Au bas de cette diapositive, vous verrez les efforts intersectoriels communautaires qui valent la peine d’être examinés. Souvent, ces initiatives reçoivent du financement du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux-territoriaux, tout comme des administrations municipales également. L’entente de Vancouver, qui a été signée en 2000, est le meilleur exemple possible de collaboration entre les trois ordres de gouvernement. La vérificatrice générale en a fait une évaluation positive. L’entente était d’abord axée sur la consommation de drogues dans le quartier centre-est puis a ensuite ciblé les conditions sociales et physiques. De par l’entente actuelle, tous les ordres de gouvernement se sont engagés à coordonner les ressources en vue de mettre en œuvre une stratégie exhaustive qui soutient le développement économique, social et communautaire.

On commence à voir les résultats. Le taux de criminalité et la consommation de drogues ont diminué, de nouvelles entreprises ouvrent leurs portes dans ce quartier de Vancouver et, dans l’ensemble, les citoyens sont davantage en sécurité.

Passons à la diapositive n° 7, intitulée Obstacles à l’amélioration de la santé de la population. Il s’agissait de l’une de vos questions. Du point de vue du secteur de la santé, nous pouvons améliorer la santé des populations au moyen de politiques et de programmes qui ciblent les facteurs de risque et d’autres conditions. Souvent, toutefois, il s’agit d’un travail d’atténuation. Nous atténuons les effets des facteurs plus puissants qui nuisent à la santé. Nombre des facteurs et des politiques qui amélioreraient la santé des populations ne relèvent pas de la compétence du secteur de la santé du ministère fédéral de la Santé, mais bien d’autres ministères et d’autres secteurs non gouvernementaux.

Comme ces autres ministères se concentrent principalement sur leur propre mandat et qu’ils ont des ressources humaines et financières limitées pour réaliser leur mandat et donner suite à leurs priorités, cette situation ne favorise pas toujours le travail de collaboration ou le travail horizontal au gouvernement. Le travail de collaboration ne présente pas toujours clairement des avantages réciproques. Je vais y revenir dans quelques minutes.

Pour revenir à ce que je disais, vous savez qu’il peut être complexe de travailler dans un environnement plurigouvernemental. Les priorités et les besoins varient selon le gouvernement. Certaines provinces et certains territoires sont plus avancés en matière de santé et de santé des populations; d’autres ne peuvent pas investir autant dans ce domaine. Comme les gouvernements ont des idées différentes, il peut arriver qu’il soit

addressing some of these priorities are issues. In some cases, we run into difficulties where we need greater clarity on what level of government is responsible for what area.

For example, there has been debate around Aboriginal peoples living off-reserve. Sometimes they are on-reserve; other times they are off-reserve. It is a complicated situation federally and with respect to provincial and territorial roles and mandates.

On the next slide, we have made some international observations, as you have, and I think it is fair to say that there is international consensus among experts concerned about health for all citizens that suggests some considerations worth noting. While discussion of specific models and mechanisms for advancing population health policies is important, we need to remember to focus on the end goal, which is really creating and maintaining health for all, hopefully as a priority. Ensuring that this priority is included in macro- and specific policy initiatives at the outset is fundamentally important, and we see that those countries that are most successful in advancing this have adopted that kind of priority and value on health.

To accomplish this, we need to create the conditions for success as noted on the slide. Clearly, we must be able to measure and report on the determinants of health and health inequalities so that we know where we are and what kind of impact our policies and interventions are having or not having. We need to develop a capacity to work with others and collaboratively consider the impacts, whether they are positive or negative, of existing and proposed policies and investments on health. Building an understanding of the interplay and potential congruency between health and socio-economic goals would, I think, in turn lead to incentives for collaborative policy development if we understand the win-win relationships.

On the last slide, in summary, as we look across different models and approaches in advancing population health policy and initiatives through horizontal action at different levels in Canada, as well as experiences in other countries, six characteristics or factors seem to be common in identifying successful work. These are noted on the slide.

Support from the centre of government or the highest levels helps to establish buy-in and ensure sustainability of an initiative. Clear directives for collaborative work also promote action, but it would be preferable rather than to have directives to have recognition of the mutual gains that the players in any intersectoral effort could accrue.

An example of a win-win, I think, would be working on literacy. Literacy can lead to increased employability and a better skilled labour force. It can also contribute to health literacy, leading to better health outcomes. An example of the importance of that is that low health literacy is strongly correlated with the

difficile de trouver des priorités et des approches communes pour régler certains problèmes. Parfois, les difficultés surviennent au moment de déterminer quel ordre de gouvernement est responsable d'un certain domaine.

Par exemple, il y a eu un débat sur les Autochtones qui vivent hors réserve. Parfois les Autochtones vivent dans les réserves, d'autres fois non. Il s'agit d'une situation compliquée pour le fédéral en ce qui a trait aux rôles et aux mandats des provinces et des territoires.

À la prochaine diapo, nous avons fait certaines observations sur le plan international, tout comme vous, et je crois que l'on puisse dire que les experts internationaux qui se soucient de la santé de tous les citoyens s'entendent pour dire que certains facteurs importants valent la peine d'être notés. Bien qu'il faille discuter des modèles et des mécanismes d'amélioration des politiques en matière de santé des populations, il ne faut pas oublier de se concentrer sur l'objectif, qui est réellement de cultiver et de conserver la santé de tous, et espérons-le, d'en faire une priorité. Il est fondamentalement important de veiller à ce que cette priorité soit prise en compte dans le cadre des initiatives à grande échelle et plus ciblées dès le début, et nous constatons que les pays qui réussissent le mieux à ce chapitre ont adopté ce genre de priorité et accordent une valeur importante à la santé.

Pour y parvenir, nous devons créer les conditions de réussite qui figurent sur la diapositive. Il est clair que nous devons être capables de mesurer et de signaler les déterminants de la santé et les inégalités sanitaires de sorte que nous sachions où nous en sommes et quelles sont les conséquences de nos politiques et de nos interventions, le cas échéant. Nous devons renforcer notre capacité à collaborer avec d'autres et songer aux conséquences, qu'elles soient positives ou négatives, des politiques et des investissements actuels et proposés en matière de santé. Réussir à comprendre l'interaction et la congruence potentielles entre les objectifs de santé et les objectifs socioéconomiques mènerait, à mon sens, à des mesures d'incitation en faveur de politiques collaboratives, si nous comprenons qu'il s'agit de relations où tout le monde y gagne.

Sur la dernière diapositive, on peut voir, en bref, différents modèles et approches pour la promotion de politiques et d'initiatives relatives à la santé de la population au moyen d'actions horizontales prises à différents niveaux au Canada, ainsi que les expériences d'autres pays. Six caractéristiques ou facteurs semblent être communs aux entreprises couronnées de succès. Vous les trouverez sur la diapositive.

L'appui du pouvoir central ou des échelons supérieurs contribue à assurer l'adhésion à une initiative et à en garantir la viabilité. De la même façon, des directives claires en matière de collaboration devraient promouvoir l'action, et seraient préférables à des directives axées sur la reconnaissance de gains mutuels potentiels pour les acteurs dans tout effort intersectoriel.

Un exemple d'une situation où tout le monde en sortirait gagnant serait, à mon avis, le dossier de l'alphabétisation. En effet, l'alphabétisation peut mener à un meilleur taux d'employabilité et une main-d'œuvre plus qualifiée. Elle peut aussi contribuer à la connaissance des questions sanitaires, ce qui

incidence and prevalence of Type II diabetes. Improved health literacy, on the other hand, recent analysis suggests, can in fact improve overall literacy. There is a nice win-win relationship in terms of investing in literacy and the outcomes that can be achieved in terms of employment, productivity, et cetera, as well as what it might do to improving health outcomes, including the ability of Canadians to more efficiently and effectively use the health care system. For the majority of Canadians, their health literacy levels are not as high as they should be in order to navigate their way through competing messages about health promotion, disease prevention and some of the complications that arise in dealing with a highly sophisticated health care system.

The other points on this slide refer to some obvious things, such as the need for dedicated human and financial resources to work on horizontal and interdepartmental efforts. Accountabilities need to be in place and based on clear roles and responsibilities of various partners in a particular initiative. Internationally, something that can facilitate intersectoral and interdepartmental work is that, rather than creating new mechanisms where they are not needed, making effective use of existing mechanisms. Some of those are in place, at least within the federal government. There are mechanisms with respect to federal-provincial-territorial collaborative policy work in population and public health that could be used effectively to address the determinants that we are concerned about.

To conclude, a key aspect of the population health approach is addressing inequalities in health. These inequalities affect all Canadians and result from many factors. It will take many departments and many sectors working together to change this reality — hence, the importance of today's session and discussion on advancing horizontal and inter-jurisdictional policy and action.

The Chair: Thank you, Mr. Ball. Honourable senators, Mr. Giroux and Ms. Thornton will be happy to answer questions in regard to finance as it relates to horizontal initiatives, which we are talking about.

Let me start with you, Mr. Ball. As you know, our objective is to produce a report on the tremendous number of initiatives that have occurred in Canada over the years, and leading back to the Lalonde report, at the federal level and provincial levels, from NGO initiatives and so forth. We now have also tremendous resources with the new Public Health Agency and its integration with the provincial agencies and so forth and CIHI with its population health initiatives, just to mention a few. There are literally hundreds of initiatives, many of which are very good.

améliorerait les résultats en matière de santé. Un exemple de l'importance de l'alphabétisation est illustré par le fait que de faibles connaissances en matière de santé sont intimement liées à l'incidence et à la prévalence du diabète de type II. En revanche, une meilleure connaissance des questions liées à la santé peut, comme en atteste une récente analyse, améliorer l'alphabétisme en général. La relation entre l'investissement dans l'alphabétisation et les résultats possibles, notamment au chapitre de l'emploi et de la productivité, sans oublier les résultats possibles en matière de santé, y compris la capacité des Canadiens à utiliser le système de soins de santé de façon plus efficiente et efficace, est une relation où on peut gagner sur toute la ligne. La majorité des Canadiens ont une connaissance des questions liées à la santé qui ne leur permet pas de trouver leur chemin à travers des messages concurrents au sujet de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi qu'à travers les méandres d'un système de soins de santé très complexe.

Les autres points figurant sur la diapositive se rapportent à des sujets évidents, notamment le besoin de ressources humaines et financières spécialisées pour travailler dans des entreprises horizontales et interministérielles. Des mécanismes de reddition de comptes devraient être instaurés en précisant les rôles et les responsabilités des divers partenaires dans une initiative en particulier. À l'échelon international, pour faciliter le travail intersectoriel et interministériel, au lieu de créer de nouveaux mécanismes superflus, on pourrait utiliser efficacement les mécanismes existants. Certains de ces mécanismes sont déjà en place, du moins au sein de l'État fédéral. Il existe par ailleurs des mécanismes régissant les politiques de coopération fédérale, provinciale et territoriale en matière de population et de santé publique qui pourraient être utilisés de façon efficace pour régler les déterminants qui nous intéressent.

Enfin, un aspect clé de l'approche de la santé publique consiste à s'attaquer aux inégalités en matière de santé. En effet, ces inégalités affectent tous les Canadiens et découlent d'un certain nombre de facteurs. Il faudra donc que différents ministères et différents secteurs travaillent ensemble pour changer cette réalité. D'où l'importance de l'audience d'aujourd'hui et de la discussion sur la promotion de politiques et d'actions horizontales et intersectorielles.

Le président : Merci, monsieur Ball. Chers collègues, M. Giroux et Mme Thornton seront heureux de répondre à vos questions sur le financement des initiatives horizontales, qui est le sujet dont nous discutons.

Je vais commencer par vous, monsieur Ball. Comme vous le savez, notre objectif est de produire un rapport sur le nombre effarant d'initiatives lancées au Canada au fil des ans, en remontant jusqu'au rapport Lalonde, et ce, aux échelons fédéral et provincial, ce qui comprend notamment les initiatives des ONG. Par ailleurs, nous avons maintenant d'énormes ressources avec la création de la nouvelle Agence de santé publique et l'intégration de celle-ci avec les agences provinciales, sans oublier les initiatives relatives à la santé de la population de l'ICIS, pour n'en citer que quelques exemples. Il existe littéralement des centaines d'initiatives, dont bon nombre sont très bonnes.

I want to bring you to something you did not mention, and that is the reason we went to Cuba. It was my impression that the federal-provincial initiatives targeting the general population have really been very good, such as the anti-smoking program, and I suspect the anti-obesity initiative will catch up before long.

In addressing health inequities, however, I do not think we have the structure. About 10 years ago, Health Canada identified about 136 regions in Canada where comparative studies, analyses and models could be applied. That has not happened on the ground.

Fundamentally, in addressing health inequities, we would be searching for a way of providing a structural framework on the ground at the local level or at the municipal level. The work may have already been done for us with the regions that were identified by Health Canada — which preceded the Public Health Agency of Canada. However, we are searching for a structural framework that can harness the tremendous resources and bring them in on a horizontal basis to address the local health inequities.

What do you think of that approach? We are gradually working towards that.

I think our fundamental platform will be maternal and child health. The major accomplishments in population health will come from healthy mothers and healthy children, who can take the advantage of early childhood development. However, let me bring you back to the ground because I think that is what has been missing, despite the tremendous amount of good work that has been done.

Mr. Ball: I think you are making a very important observation. Clearly, there are roles that need to be played by all levels, including the federal and provincial/territorial levels. However, the community level is absolutely vital.

I look at the community level in terms of three capacities. In some communities, these have been brought together, but in others they have not. Perhaps there are models from which we could learn. Certainly, we have municipal councils making, probably on a weekly basis, fundamental decisions about the determinants of health — they call them the determinants or not. For example, decisions about transportation planning, urban planning, land use planning, et cetera, are all important considerations in a determinants of health approach.

Recognizing the fundamental role of municipal governments and the nature of decisions made there is important. I think that needs to be brought together with the role of the local public health units and the medical officers of health who can provide an additional source of expertise and perspective through the full spectrum of the functions of public health. That includes everything from immunization to advice on

Je veux attirer votre attention sur quelque chose que vous n'avez pas mentionné, et c'est la raison pour laquelle nous nous sommes rendus à Cuba. J'avais l'impression que les initiatives fédérales et provinciales axées sur la population générale ont jusqu'ici été très bonnes, et je pense notamment au programme antitabac, et je suppose que l'initiative anti-obésité ne tardera pas à prendre de la vitesse.

Cela étant, pour nous attaquer aux iniquités en matière de santé, je ne pense pas que nous ayons de structure. Il y a environ 10 ans, Santé Canada a recensé quelque 136 régions au Canada où des études comparatives, des analyses et des modèles pouvaient s'appliquer. Or rien ne s'est concrétisé.

Fondamentalement, pour régler les iniquités en matière de santé, nous devrions chercher un moyen de nous doter d'un cadre structural sur le terrain, à l'échelon local ou municipal. Le travail a peut-être déjà été fait à notre place par les régions recensées par Santé Canada, avant la création de l'Agence de santé publique du Canada. Quoi qu'il en soit, nous sommes à la recherche d'un cadre structural qui nous permette de mobiliser les ressources formidables dont nous disposons et de les aligner de façon horizontale pour régler les iniquités en matière de santé locale.

Que pensez-vous de cette approche? C'est ce vers quoi nous nous dirigeons graduellement.

Je pense que notre plate-forme fondamentale sera la santé maternelle et infantile. Les principales réalisations au chapitre de la santé de la population seront incarnées par des mères et des enfants en santé, lesquels pourront profiter du développement de la petite enfance. Toutefois, je voudrais revenir sur le terrain, parce que c'est ce qui a fait défaut jusqu'ici, à mon avis, et ce, en dépit du volume monumental de bon travail effectué.

M. Ball : Je pense que votre observation est très importante. Il est évident que tous les niveaux ont un rôle à jouer, y compris les parties fédérales et provinciales/territoriales. Ceci étant dit, l'échelon local est absolument vital.

À l'échelon local, je pense à trois capacités. Dans certaines collectivités, ces capacités ont été mises en commun, mais pas dans d'autres. Peut-être existe-t-il des modèles dont nous pourrions nous inspirer. Une chose est certaine : nous avons des conseils municipaux qui, sur une base probablement hebdomadaire, prennent des décisions fondamentales relativement aux déterminants de la santé, qu'on les appelle des déterminants ou pas. Par exemple, des décisions relatives à la planification des transports, à l'aménagement urbain, à la planification de l'utilisation des terres, et cetera, sont autant de considérations importantes dans une approche sur les déterminants de la santé.

Il est également important de reconnaître le rôle fondamental des autorités municipales et la nature des décisions prises par celles-ci. Je pense qu'il faudrait intégrer cela avec le rôle des unités locales de santé publique et des autorités sanitaires qui peuvent fournir une source d'expertise et un point de vue supplémentaire représentant tout l'éventail des fonctions liées à la santé publique. Cela comprend tout, de l'immunisation aux conseils sur les

healthy public policies in terms of smoke-free environments or the manner in which you undertake land use planning, et cetera.

The third cluster of organizations is those community-based groups concerned with issues that are really determinants of health. Addressing issues such as poverty and vulnerable populations at the community level is important. If you can find the models at the community level where you can harness all of those capacities and expertise, then, while we cannot dictate a particular structure, we can articulate an integrated approach that could be aspired to organizationally and from a planning perspective at the community level. That approach, as I say, would be more integrated and ensures that all of the capacities are brought to bear on the issue.

The Chair: I want to bring the financial people into this to ensure an integrated discussion. I think there are about 58 horizontal initiatives from Treasury Board.

Can you envision a financial structure that would allow this horizontal integration of the 12 most important determinants of health at the community level? It may be 15 by the time our report comes out. Can you see a way of dealing with this financially?

[Translation]

Yves Giroux, Acting Director, Social Policy, Department of Finance: Mr. Chairman, one important issue that would be worth considering is that of the respective roles and responsibilities of the provinces, municipalities and the federal government. There are a host of population health determinants. Most of these determinants fall under provincial or municipal areas of responsibility. Mr. Ball alluded to transport. This is mainly a provincial issue, as well as a municipal issue in large part.

The issue of revenue is a shared area of jurisdiction between the federal government and the provinces. It is one of the areas in which the federal government has the most important role to play regarding the health of the population, that of helping to decrease revenue gaps.

There is an old saying according to which it is better to be rich and healthy than poor and sick. I think that is an area that the federal government has a part to play in.

To respond briefly to your question regarding whether a financial mechanism exists which would take into consideration these 12 or 15 factors, I do not think such a mechanism exists which could credibly or effectively take into consideration all of these factors. Measures are already in place through tax transfers, enabling provinces to have access to comparable revenue in order to deliver similar services.

politiques de santé publique, y compris les environnements sans fumée ou la manière dont on procède à la planification de l'utilisation des terres.

Le troisième groupe d'organismes est celui des groupes communautaires qui s'intéressent aux véritables déterminants de la santé. Il est également important de s'attaquer à des problèmes comme la pauvreté et les populations vulnérables à l'échelon communautaire. Si vous pouvez trouver des modèles à l'échelon communautaire qui vous permettent de mobiliser toutes ces capacités et cette expertise, même si nous ne pouvons pas dicter de structure en particulier, nous pouvons néanmoins proposer une approche intégrée à laquelle on pourrait aspirer à un échelon organisationnel et à des fins de planification au niveau communautaire. Une telle approche, comme j'aime à dire, serait plus intégrée et garantirait que toutes les capacités sont mises à contribution.

Le président : Je veux faire intervenir les spécialistes des finances pour que la discussion soit complète. Si je ne m'abuse, le Conseil du Trésor a quelque 58 initiatives horizontales.

Pouvez-vous envisager une structure financière qui permettrait l'intégration horizontale des 12 déterminants de la santé les plus importants à l'échelon communautaire? Il se peut que leur nombre passe à 15 d'ici la publication de notre rapport. Est-ce que c'est faisable financièrement parlant?

[Français]

Yves Giroux, directeur intérimaire, Politique sociale, Finances Canada : Monsieur le président, une question importante qui mérite d'être étudiée est celle des rôles et responsabilités respectifs des provinces, des municipalités et du gouvernement fédéral. Il existe une série de déterminants de la santé des populations. La majorité de ces déterminants relève des provinces ou des municipalités. Monsieur Ball a fait allusion aux transports. C'est une question principalement du domaine provincial et aussi municipal dans une bonne mesure.

La question du revenu est de juridiction partagée entre le fédéral et les provinces. C'est un des secteurs où le gouvernement fédéral a le rôle le plus important en matière de santé des populations, soit celui de contribuer à diminuer les écarts de revenu.

Un vieil adage dit : « Vaut mieux être riche et en santé que pauvre et malade. » Je crois que c'est un secteur où le gouvernement fédéral a un rôle à jouer.

Pour répondre brièvement à votre question à savoir si un mécanisme financier pourrait tenir compte de ces 12 ou 15 facteurs, je ne crois pas qu'il y en ait un qui pourrait, de façon crédible ou efficace, tenir compte de tous ces facteurs. Des mesures sont déjà en place par l'entremise des transferts fiscaux, qui permettent aux provinces de disposer de revenus comparables pour livrer des services semblables.

Aside from these very general application or revenue distribution measures ensuring that the provinces have the same resources, I do not know of any simple and easy mechanism which would take into consideration these 12 to 15 factors.

[English]

Sally Thornton, Indian Affairs and Health, Treasury Board of Canada: Given everything my colleague from Finance Canada said with respect to roles and responsibilities and some of the difficulties in transferring funds, often at a community level you can enter into a results-based accountability framework to which all parties agree and which allows for some movement. It is an area where Treasury Board provides guidance. However, it is a collaborative arrangement where they identify common goals to enable them to start to speak the same language and work towards the same goals and the roles and responsibilities of each. They can indicate how much funding they will be contributing. They can also talk quite clearly about what they want to achieve. They can focus on results and everyone can take some ownership of those results. They can also agree to performance measurement indicators and a way of actually measuring them and reporting on those results.

This requires commitment from all parties, a clear governance structure and funding for the administration as well as for the actual delivery of the initiatives. That is a tool that can help bring a range of partners together. We use it interdepartmentally and between governments, and we have used it with community partners.

[Translation]

Senator Pépin: In Sweden, we know that the minister for public health is responsible for intersectoral collaboration when it comes to population health. In 1997, the Government of Canada took an important step in improving population health. Cabinet adopted a population health approach and Health Canada was chosen as the lead department.

What does the Public Health Agency of Canada think of the idea according to which government departments and agencies must consider the effect of their actions on population health? Is the Public Health Agency of Canada able to play this coordination role in a similar way to what is done in Sweden?

[English]

Mr. Ball: As I mentioned in my opening remarks, to advance significantly on the socio-economic determinants of health, we must work collaboratively within the federal government. The government obviously has a number of objectives, not just health. However, we do need to think about health in all the

À part ces mesures très générales d'application ou de répartition des revenus pour s'assurer que les provinces ont ni plus ni moins les mêmes ressources, je ne vois pas de mécanisme simple et facile à mettre en œuvre qui puisse tenir compte d'une douzaine ou d'une quinzaine de facteurs.

[Traduction]

Sally Thornton, Affaires indiennes et santé, Conseil du Trésor du Canada : Compte tenu de tout ce que mon collègue de Finances Canada vient de dire concernant les rôles et les responsabilités et certaines difficultés liées au transfert des fonds, à l'échelon local, on peut souvent s'entendre avec toutes les parties prenantes sur un cadre de reddition de comptes axé sur les résultats et qui permet une certaine latitude. Le Conseil du Trésor peut offrir une orientation à ce chapitre. Cela étant, c'est un accord de collaboration où sont recensés des objectifs communs pour que toutes les parties prenantes puissent commencer à parler le même langage et travailler à la réalisation d'objectifs communs, les rôles et les responsabilités de chacun étant précisés. Les parties peuvent indiquer quelle sera leur contribution financière. Elles peuvent également parler en toute franchise des objectifs escomptés. Elles peuvent mettre l'accent sur les résultats, et tout le monde peut revendiquer une partie de ces résultats. Elles peuvent en outre s'entendre sur des indicateurs de rendement, y compris sur une façon de mesurer ces derniers et de faire rapport des résultats.

Cela exige un engagement de la part de toutes les parties, une structure de gouvernance claire et du financement pour l'administration ainsi que pour l'exécution effective des initiatives. C'est un outil qui peut faciliter la convergence d'un éventail de partenaires. Nous nous en servons entre ministères et entre gouvernements, et nous l'avons également utilisé avec des partenaires locaux.

[Français]

Le sénateur Pépin : Nous savons que, en Suède, le ministre de la santé publique est responsable de la collaboration intersectorielle en santé de la population. En 1997, le gouvernement du Canada a fait un pas important pour faire avancer la santé de la population. Le Cabinet avait adopté une approche de la santé de la population et Santé Canada avait été choisit comme leader.

Que pense l'Agence de santé publique du Canada de l'idée selon laquelle les ministères et les organismes gouvernementaux doivent tenir compte de l'incidence de chacune de leurs actions sur la santé de la population? L'Agence de santé publique du Canada est-elle outillée pour jouer ce rôle de coordination, comme cela se fait en Suède?

[Traduction]

M. Ball : Comme je l'ai évoqué dans ma déclaration liminaire, pour progresser considérablement sur les déterminants socioéconomiques de la santé, nous devons travailler en collaboration avec les autorités fédérales. Le gouvernement a manifestement un certain nombre d'objectifs, et la santé n'en est

different policies and measures that we put forward so that we can ensure that the best possible outcomes for all objectives are achieved.

There are tools that one can use. Health-impact assessments are tools that are used by a number of countries. They are most successful in situations where it is not a directive to do a health-impact assessment on a particular policy or initiative but where there is an understanding on the part of all departments or sectors about health and how it can be best promoted and advanced so that it becomes a collaboration between, say, the health portfolio in the federal government and other departments as opposed to a directive to go through a series of questions or analyses, but working together. There are tools and there is expertise available within the health portfolio in order to provide that kind of collaborative support.

[*Translation*]

Senator Pépin: Training was provided in various departments and the Department of Health coordinated this training and was the lead department. It would seem there were some problems. To work at different levels, with different departments, currently it would be Health Canada. However, if another department coordinated these activities, like the Department of Finance for instance, would it make things any easier? Would it be easier from a leadership standpoint to ask another department to lead, considering the collaborative work that is done not only with federal departments but also with the provinces?

[*English*]

Mr. Ball: There may be a sense on the part of all departments that there would be, for example, a more neutral approach to this. I cannot speak for other departments, but if it were seen as a government-wide initiative, collaboratively undertaken or facilitated by a more neutral focal point, as I said before, that might create conditions for better collaborative work and consideration of health and well-being.

The Chair: In case you do not know Senator Eggleton, he has a lot of experience in horizontal integration, because he was the mayor of Toronto for three terms.

Senator Eggleton: I also tried to do it more when I was President of the Treasury Board. It is tough to do horizontal whole-of-government stuff in a system that is based on a lot of tradition and silos. Some of you are trying this.

Mr. Ball, you talked about the need for high-level championship. A very good example of that can be found in the U.K. The U.K. government has taken a strong leadership role — certainly they did on the basis of the previous Prime Minister, Tony Blair; as well, his Chancellor of the Exchequer, who is now

qu'un. Cela étant, nous devons penser à la santé dans toutes les différentes politiques et mesures que nous proposons de manière à pouvoir garantir les meilleurs résultats possibles pour tous les objectifs.

Ce sont donc les outils qu'on peut utiliser. Les évaluations de l'incidence sur la santé sont des outils utilisés dans de nombreux pays. Ces outils donnent les meilleurs résultats dans les situations où il n'y a pas de directives qui exigent que soit effectuée une évaluation de l'incidence sur la santé d'une politique ou d'une initiative en particulier, mais plutôt dans les situations où tous les ministères ou secteurs comprennent l'importance de la santé et la façon la meilleure de la promouvoir dans un cadre de collaboration entre, disons, le portefeuille de la santé à l'échelon fédéral et d'autres ministères. C'est préférable à une directive qui nécessite que l'on procède à une série de questions ou d'analyses. La collaboration est de mise. Il y a des outils et un savoir-faire au sein du portefeuille de la santé qui pourraient favoriser ce genre d'appui collaboratif.

[*Français*]

Le sénateur Pépin : Il y a eu une formation dans différents ministères et c'était le ministère de la Santé qui coordonnait cette formation, qui était le leader. Il semble qu'il y a eu des problèmes. Pour travailler à différents niveaux, avec différents ministères, actuellement ce serait Santé Canada. Toutefois, si un autre ministère coordonnait les activités, comme le ministère des Finances, est-ce que l'approche serait plus facile? Quand on travaille en collaboration, pas simplement avec des ministères fédéraux mais avec les provinces, si c'était placé sous un autre ministère, est-ce que sur le plan du leadership ce serait plus facile?

[*Traduction*]

M. Ball : Il se peut que tous les ministères aient l'impression, par exemple, qu'il pourrait y avoir une approche plus neutre que celle-ci. Je ne saurais parler au nom des autres ministères, mais si l'approche devait être perçue comme une initiative pangouvernementale, fondée sur la collaboration ou pilotée par une partie neutre, alors là, comme je l'ai dit auparavant, cela pourrait créer les conditions propices à une meilleure collaboration et une meilleure prise en considération de la santé et du mieux-être.

Le président : Au cas où vous ne sauriez pas qui est le sénateur Eggleton, sachez qu'il a énormément d'expérience en matière d'intégration horizontale, puisqu'il a été maire de Toronto pendant trois mandats.

Le sénateur Eggleton : J'ai aussi essayé d'en faire davantage quand j'étais président du Conseil du Trésor. Il est difficile de procéder de façon horizontale à l'échelle du gouvernement dans un système qui est fondé sur une longue tradition de cloisonnement. Certains d'entre vous sont en train de l'essayer.

Monsieur Ball, vous avez parlé de la nécessité de s'assurer l'adhésion des échelons supérieurs. Un très bon exemple est illustré par le Royaume-Uni. En effet, le gouvernement britannique a joué un rôle de leadership de premier plan, l'exercice a commencé sous l'ex-premier ministre, Tony Blair, et

the Prime Minister, was also closely involved with it. When you get the finance guy and the prime minister working in tandem with other ministers, you have a lot of leadership and championship from the top. That is a great example. Of course, they do not have the inconvenience of provinces, as I think the Finance Canada official would point out, so there is not a jurisdictional question.

There is that model, but then there is also one that you mentioned, Mr. Ball, with which I have some familiarity, and that is the urban development agreements. I only know of two of them — one in Vancouver and one in Winnipeg. I cannot remember what the one in Winnipeg is based on, but you have talked about the one in Vancouver. They are not the same kind of thing as the U.K. example. They are bottom-up examples where the municipality pulls all the players together. If we were doing population health on that basis, we would be dealing with many agreements across the country.

Could you comment on which one of those directions you see as producing the quickest results? Should we go to a more bottom-up approach or should we be getting the Government of Canada to take the top-down approach like the U.K. government?

Second, I wish to talk about the Aboriginal Horizontal Framework. Is that a model, maybe, here? It deals with some 360 programs and services. There are seven theme headings, including health, lifelong learning, housing, safe and sustainable communities, economic opportunities, lands and resources, and governance and relationships. It covers quite a lot. It may, in effect, cover population health — maybe not directly as a program but indirectly that seems like it could easily be all encompassed after that. Again, the Finance Canada official would say yes, but the federal government has that special responsibility for Aboriginals. This is one of the great problems, when you get into cross-sectoral issues with different levels of government.

Maybe that is a model we should be touting in this particular case. Does it work and is it a model?

Ms. Thornton: We can start with your last question about the Aboriginal Horizontal Framework. I am in the program sector within the Treasury Board Secretariat. I serve client departments, Health Canada and Indian and Northern Affairs Canada. I also have the lead on the Aboriginal Horizontal Framework.

First, I wish to clarify that we do not actually manage these horizontal initiative; we report on them. We seek to get good information about spending and results. The actual management of the initiatives lies elsewhere.

On the Aboriginal Horizontal Framework, we have been struggling with that. It was developed in 2004 to answer a simple question: How much are we spending on Aboriginal issues? We could not answer that. We are now coming up to our third report.

son chancelier de l'échiquier, l'actuel premier ministre, qui a aussi joué un rôle actif. Quand le ministre des Finances et le premier ministre travaillent en tandem avec d'autres ministres, on obtient alors un leadership ferme et une adhésion au sommet. Voilà un bon exemple. Évidemment, les Britanniques n'ont pas l'inconvénient des provinces, comme vous le dirait le représentant de Finances Canada, et il n'y a donc pas de querelle sur les champs de compétence.

Il y a donc ce modèle-là, mais il y a aussi celui que vous avez évoqué, monsieur Ball, avec lequel je suis quelque peu familier, et c'est celui des ententes sur le développement urbain. Je ne connais que deux exemples, celui de Vancouver et celui de Winnipeg. Je ne me rappelle pas sur quoi était fondé l'exemple de Winnipeg, mais vous avez parlé de celui de Vancouver. Les deux illustrent le même type de modèle que l'exemple britannique. Ce sont des exemples d'une démarche ascendante où la municipalité mobilise tous les acteurs. Si le dossier de la santé de la population était géré de cette manière, nous aurions alors de nombreuses ententes de ce type partout au pays.

Pourriez-vous nous dire laquelle des deux approches produirait les résultats les plus rapides, d'après vous? Devrions-nous opter pour une approche ascendante ou convaincre le gouvernement du Canada de prendre des décisions au sommet comme l'a fait le gouvernement britannique?

Ensuite, j'aimerais parler du Cadre horizontal autochtone. Est-ce un modèle applicable ici peut-être? Il regroupe quelque 360 programmes et services. Il comporte sept rubriques, y compris la santé, l'apprentissage permanent, le logement, la sécurité et la viabilité des collectivités, les débouchés économiques, la terre et les ressources, ainsi que la gouvernance et les relations. Il couvre un vaste éventail. En fait, il couvre peut-être la santé de la population aussi, peut-être en creux sous forme de programme, mais il semble pouvoir tout englober. Là encore, le représentant de Finances Canada vous dirait que oui, mais le gouvernement fédéral a cette responsabilité spéciale envers les Autochtones. C'est là un des grands problèmes auxquels on se heurte quand on aborde des questions intersectorielles avec différents ordres de gouvernement.

Peut-être est-ce le modèle que nous devrions préconiser en l'occurrence. Est-ce que c'est efficace? Est-ce que c'est un modèle?

Mme Thornton : Nous pouvons commencer par votre dernière question concernant le Cadre horizontal autochtone. Je travaille au secteur des programmes au Secrétariat du Conseil du Trésor. Je fournis des services à des ministères clients, à Santé Canada et au ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. C'est également moi qui pilote le Cadre horizontal autochtone.

Premièrement, je souhaite préciser que nous n'assurons pas la gestion de ces initiatives horizontales, mais que nous en faisons rapport. Nous cherchons à recueillir des renseignements fiables sur les dépenses et les résultats. La gestion effective de ces initiatives relève d'un autre secteur.

En ce qui concerne le Cadre horizontal autochtone, c'est une difficulté avec laquelle nous composons. Le Cadre a été élaboré en 2004 en réponse à une question simple : Combien dépensons-nous au titre des questions autochtones? Nous ne pouvions pas y

We could not answer how much we are spending on Aboriginal initiatives as a federal government. We have begun doing significant work on our expenditure management systems to better identify strategic outcomes and to better clarify program definitions that will help us define that.

However, the framework, as it stands now, engages about 30 departments. We report on spending. We are able to track about \$8 billion of federal government spending per year on that. We do it manually; we do not actually have the systems in place to pull those figures. Large departments such as Indian and Northern Affairs Canada have that capacity, but many of the smaller departments have to go through their programming and say, “Half of this is related to Aboriginal; a third from that.” We are hoping to improve that through expenditure management system reform. However, it is not yet a management tool. Right now it is a reporting tool. I have ideas on how to make it a management tool — but this will take several years.

We report on the Aboriginal Horizontal Framework about 18 months after the fact. Great work has been done, but it is not helpful at this stage as a management tool.

Senator Eggleton: You say you monitor it, that it is managed somewhere else. Who manages it?

Ms. Thornton: The leads for the different initiatives are in respective departments.

Senator Eggleton: Does someone chair it?

Ms. Thornton: No one actually manages the framework. I chair the committee that gathers the data, inputs it and tries to clarify.

Senator Eggleton: You are there to monitor it.

Ms. Thornton: We are there to report on the spending. Then, as Treasury Board submissions come forward, we try to monitor and challenge whether the results are being achieved.

The Chair: Senator Eggleton and honourable senators, we have just received bad news. We have to wind up. There is a vote in the chamber in about 20 minutes.

Senator Eggleton: Can I get the answer to my question first or will we wrap up right away?

The Chair: No, that is fine.

Senator Eggleton: I am trying to come up with a model here. If that is not Aboriginal Horizontal Framework, is it the Urban Development Agreements? What is it?

Mr. Ball: I do not think it is an either-or issue. I do not think there is a single model, whether it be top-down or bottom-up. I will say that the identification of population health as

répondre. Nous en sommes maintenant à notre troisième rapport. Nous ne pouvons pas dire combien nous dépensons au chapitre des initiatives autochtones à l'échelon fédéral. Nous avons commencé des travaux d'envergure relativement à nos systèmes de gestion des dépenses pour parvenir à une meilleure définition des résultats stratégiques et à une meilleure définition des programmes qui nous permettraient d'atteindre cet objectif.

Cependant, dans sa forme actuelle, le cadre s'applique à environ 30 ministères. Nous faisons rapport sur les 8 milliards de dollars que dépense le gouvernement chaque année à cette fin. On le fait manuellement; nous n'avons pas les systèmes voulus pour sortir ces chiffres. Les grands ministères, comme celui des Affaires indiennes et du Nord, peuvent le faire, mais beaucoup de ministères plus petits doivent faire la ventilation de dépenses pour chaque programme pour déterminer quelle proportion des fonds est affectée aux Affaires indiennes. Nous espérons faire mieux grâce à la réforme du régime de gestion des dépenses. Mais ce n'est pas encore un outil de gestion. Pour le moment, il s'agit d'un outil qu'on utilise pour faire des rapports. J'ai certaines idées sur la façon de le transformer en outil de gestion, mais ça va prendre plusieurs années.

Nos rapports sur le Cadre horizontal autochtone arrivent 18 mois après coup. Les rapports sont excellents, mais à l'heure actuelle ils ne sont pas utiles comme outil de gestion.

Le sénateur Eggleton : Vous dites que vous surveillez tout cela, mais que le projet est géré ailleurs. Qui assume cette responsabilité?

Mme Thornton : Les responsables des différentes initiatives se trouvent dans les différents ministères.

Le sénateur Eggleton : Y a-t-il un président, quelqu'un qui le dirige?

Mme Thornton : Personne ne gère le cadre. Je préside le comité qui recueille les données, les entrées et essaie d'y apporter certaines précisions.

Le sénateur Eggleton : Votre rôle est de surveiller le système.

Mme Thornton : Notre rôle est de faire rapport des dépenses. Ensuite, au fur et à mesure que les soumissions au Conseil du Trésor sont présentées, nous essayons de voir si les résultats escomptés sont atteints.

Le président : Sénateur Eggleton et honorables sénateurs, je dois informer le comité que nous venons de recevoir une mauvaise nouvelle. Il faut qu'on lève la séance. Il y aura un vote au Sénat dans environ 20 minutes.

Le sénateur Eggleton : Est-ce que le témoin peut répondre à la question, ou faut-il conclure tout de suite?

Le président : Non, ça va.

Le sénateur Eggleton : J'essaie de déterminer quel est le bon modèle. Si ce n'est pas le Cadre horizontal autochtone, est-ce les ententes sur le développement urbain? Quel est le bon modèle?

M. Ball : Je ne pense pas qu'il existe un modèle unique — qu'il émane d'en haut ou d'en bas. À mon avis, ce serait déjà un progrès que d'identifier la santé de la population comme

a Government of Canada priority would be a significant advancement as long as it had a focal point, and, therefore, a lead, within the government to facilitate or ensure that a cross-government effort, according to certain objectives or targets, was developed and implemented. I would say that, as part of that effort, you would want to have very close collaboration with provincial-territorial governments and, in turn, work with provinces and territories to develop the agreements that are necessary in major urban centres and rural regions that would bring to bear the policy levers and the capacities of both levels of government to the issues that are being faced in urban and other communities.

It will take a whole-system approach to address these issues. I think it would be worthwhile to be aware of the socio-economic gradient in health.

It is worthy of government-wide attention since it affects all Canadians. At every step downwards in income or education, we see a decrease in health status. Nothing illustrates that more than statistics today that show that lower-middle-class Canadians have double the rate of Type II diabetes than the highest-income Canadians.

Senator Cook: I will just take 30 seconds. I am from the province of Newfoundland. Are any of you familiar with the government's Strategic Health Plan? They started with a draft provincial charter. They listed their goals, their outcomes and their way of achieving. The plan is crosses various government departments and has a reporting mechanism.

Although we are a small province and can manage that kind of thing, I wondered if you have seen it. If not, I would be pleased to send it to you. I would like your opinion on whether this could be a possible model that could be modified, even as the innovative community accounts — 10 components like household spending and whatever. An audit has been done. It is a comprehensive policy plan. It is in year three and it appears to be working.

Are you familiar with it?

Mr. Ball: We are familiar with the Newfoundland strategy. You mentioned the community accounts and I think that is a very interesting approach. It is one that could be useful for other regions and provinces.

For those who are not familiar with it, it is a system that collects and displays information on social, economic and health indicators at a community level. This data from the community accounts are used to inform social and economic policy at the provincial, regional and municipal levels. Therefore, it is a good example of how all of these different factors, which are essentially socio-economic determinants of health, are as a package considered in moving forward with the policies that are developed at the provincial level.

une priorité du gouvernement, pourvu qu'il y ait un responsable au sein du gouvernement pour faciliter et assurer qu'un effort intergouvernemental soit mis au point et appliqué en fonction de certains objectifs ou cibles. Il faudrait avoir une collaboration étroite avec les gouvernements des provinces et des territoires afin de mettre au point des ententes sur le développement urbain et en région rurale qui permettent aux deux paliers de gouvernement de travailler ensemble pour résoudre les problèmes.

Il faudra avoir une approche holistique. Il serait utile d'être conscient de l'incidence des facteurs socioéconomiques sur la santé.

Cette question mérite une approche pangouvernementale parce qu'elle touche tous les Canadiens. Toute diminution du revenu ou de l'éducation va de pair avec une diminution de la santé des gens. La preuve c'est que d'après les statistiques actuelles, les Canadiens dont le revenu se situe dans la moyenne inférieure ont un taux de diabète du type II qui est deux fois plus élevé que les Canadiens ayant les revenus les plus élevés.

Le sénateur Cook : J'en ai pour 30 secondes seulement. Je suis de Terre-Neuve. Est-ce que vous connaissez le plan Stratégie de santé du gouvernement de cette province? Il a commencé par mettre en place une ébauche de charte provinciale qui énumérait les objectifs, les résultats et les façons de les obtenir. Le plan s'applique à plusieurs ministères et prévoit un mécanisme de reddition de comptes.

Même si nous sommes une petite province capable de gérer un tel plan, je me demande si vous l'avez vu. Sinon, je me ferais un plaisir de vous l'envoyer. J'aimerais connaître votre opinion pour savoir s'il serait possible de modifier ce modèle, même si les comptes d'innovation pour les collectivités comprennent déjà dix variables y compris les dépenses ménagères. Une vérification a déjà été effectuée. Il s'agit d'un plan d'action global. Le plan est en vigueur depuis trois ans et semble bien fonctionner.

Est-ce que vous connaissez ce plan?

M. Ball : Nous sommes au courant de la stratégie pour Terre-Neuve. Vous avez parlé des comptes pour les collectivités, et je crois qu'il s'agit d'une approche fort intéressante et qui pourrait s'avérer utile pour d'autres régions et provinces.

Pour ceux qui ne connaissent pas ce plan, il s'agit d'un système qui recueille et affiche les renseignements sur les indicateurs sociaux, économiques, et en matière de la santé au niveau de la collectivité. Les données qui émanent des comptes pour la collectivité sont ensuite prises en compte pour élaborer les politiques sociale et économique aux niveaux provincial, régional et municipal. Donc, il s'agit d'un bon exemple qui montre comment tous ces différents facteurs, qui sont essentiellement des déterminants socioéconomiques de la santé, sont pris en compte ensemble pour faire progresser les politiques mises en œuvre au niveau provincial.

Senator Cook: It feeds into the provincial Ministry of Finance, which manages it.

The Chair: am sorry that we cannot continue this interesting discussion; I regret that we have not been able to utilize the witnesses fully. Perhaps there will be another opportunity. Thank you very much.

The committee adjourned.

Le sénateur Cook : Ces données sont acheminées au ministère des Finances de la province, qui en assure la gestion.

Le président : Je regrette que nous ne puissions pas continuer cette discussion intéressante et que nous n'ayons pas été en mesure de poser toutes nos questions aux témoins. Nous aurons peut-être une autre occasion de le faire. Merci beaucoup.

La séance est levée.

SENATE



SÉNAT

**POPULATION HEALTH POLICY:
INTERNATIONAL PERSPECTIVES**

**First Report of the
Subcommittee on Population Health of the Standing Senate
Committee on Social Affairs, Science and Technology**

Chair
The Honourable Wilbert J. Keon

Deputy Chair
The Honourable Lucie Pépin

February 2008

Ce document est disponible en français

Available on the Parliamentary Internet:

www.parl.gc.ca

(Committee Business – Senate - Recent Reports)
39th Parliament – 2nd Session

TABLE OF CONTENTS

ORDER OF REFERENCE	i
MEMBERSHIP	ii
EXECUTIVE SUMMARY	1
INTRODUCTION	5
CHAPTER 1: Australia	6
1.1 Main Findings.....	6
1.2 Government Responsibility.....	7
1.3 Development and Implementation of Population Health Policy.....	7
1.4 Monitoring and Evaluation.....	10
CHAPTER 2: England	11
2.1 Main Findings.....	11
2.2 Government Responsibility.....	12
2.3 Development of Population Health Policy.....	13
2.4 Implementation.....	18
2.5 Monitoring and Evaluation.....	18
CHAPTER 3: Finland	19
3.1 Main Findings.....	19
3.2 Government Responsibility.....	20
3.3 Development of Population Health Policy.....	21
3.4 Implementation.....	24
3.5 Monitoring and Evaluation.....	25
CHAPTER 4: New Zealand	26
4.1 Main Findings.....	26
4.2 Government Responsibility.....	26
4.3 Development and Implementation of Population Health Policy.....	27
4.4 Monitoring and Evaluation.....	33
CHAPTER 5: Norway	34
5.1 Main Findings.....	34
5.2 Government Responsibility.....	34
5.3 Development of Population Health Policy.....	35
5.4 Implementation and Monitoring.....	37
CHAPTER 6: Sweden	38
6.1 Main Findings.....	38
6.2 Government Responsibility.....	38
6.3 Development of Population Health Policy.....	40
6.4 Implementation of Population Health Policy.....	43
6.5 Monitoring and Evaluation of Legislation.....	43
CHAPTER 7: Comparative Analysis	44
7.1 Introduction.....	44
7.2 Shift in Public Policy Thinking and Action.....	45
7.3 Goals, Objectives and Targets.....	46
7.4 Monitoring, Evaluation and Research.....	46

7.5 Role of the Health Sector and Others	47
7.6 Health Impact Assessment (HIA)	47
7.7 Regionalization	48
7.8 Intersectoral Approach.....	48
7.9 Government Intervention.....	49
7.10 Concluding Remarks.....	49
APPENDIX 1 – WITNESS LIST	51

ORDER OF REFERENCE

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

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

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

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

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

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

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

After debate,

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

MEMBERSHIP

The following Senators have participated in the study on the inquiry on the issue of *Population Health Policy: International Perspectives* of the Subcommittee on Population Health:

The Honourable, Wilbert Joseph Keon, Chair of the Committee
The Honourable Lucie Pépin, Deputy Chair of the Committee

The Honourable Senators:

Bert Brown
Catherine S. Callbeck
Ethel M. Cochrane
Joan Cook
Joyce Fairbairn, P.C.

Ex-officio members of the Committee:

The Honourable Senators: Céline Hervieux-Payette, P.C. or (Claudette Tardif) and Marjory LeBreton, P.C. or (Gérald J. Comeau)

Other Senators who have participated from time to time on this study:

The Honourable Senator Jim Munson
The Honourable Senator Art Eggleton, P.C.

EXECUTIVE SUMMARY

INTRODUCTION

The report presents an analysis of government policies to address population health and reduce health disparities in 6 countries –Australia, England, Finland, New Zealand, Norway and Sweden.

AUSTRALIA

The Commonwealth government in Australia has not yet established a national population health policy. In contrast, four State governments (New South Wales, Victoria, South Australia, and Tasmania) have taken concrete action to improve population health and reduce health disparities.

The Commonwealth government does fund a number of initiatives and programs, however, that aim to improve either the health status of the overall population or that of specific population groups (including, in particular, Aboriginals).

Australia believes there is insufficient evidence of the effectiveness of interventions to improve overall population health and reduce disparities in health; its government is correspondingly cautious. It does not propose inaction, but has a careful program to evaluate experimental interventions.

A defining feature of the Australian federal system is the dynamic tension inherent in intergovernmental relations and the degree of cooperation required between levels of government. Intergovernmental relations involve ongoing negotiations over funding and governments' respective responsibilities. This may have hampered the development and coordination of a truly national population health policy.

ENGLAND

England has a long history of pioneering a national approach to population health. It is the first, if not the only, country with a whole-of-government policy to reducing health disparities and improving overall population health.

A new policy was initiated in response to a 2002 Treasury-led Cross Cutting Review which examined all government programs to identify how public spending could be applied to greatest effect on the reduction of health disparities.

The policy is coordinated by a Cabinet Subcommittee chaired by the Deputy Prime Minister. The Secretary of State for Health and the Minister of Public Health champion the policy within government. The Health Inequalities Unit, based in the Department of Health, fosters and coordinates efforts within central government and works with local authorities and non-governmental organizations. Progress is monitored across government by the Treasury.

Local Areas Agreements have been established: these are three year agreements that provide a framework for the relationship between central and local governments. They set out specific national goals to be accomplished at the local level over the duration of each agreement.

FINLAND

Finland has had an explicit policy aimed at improving population health and reducing health disparities since 1987. There is a sound information base, coupled with a specific government investment into population health research and a legislative requirement to report to Parliament on population health.

Concerned about increasing levels of health inequalities in Finland, the national government is preparing a national action plan to reduce them. It will be interesting to review this action plan which was initially set to be released toward the end of 2007.

Over the last 20 years, population health policy in Finland has emanated from the department of health, despite the recognition that many determinants of health lie under the purview of other government departments. Although the relevant departments are sometimes recognized within policy documents, it is unclear how they collaborate together in Finland to achieve common health goals.

A major challenge to implementation of the population health policy relates to the highly devolved system of government in Finland. While the national government provides national leadership, most programs and services are implemented and delivered by municipalities. Policies developed at the national level cannot be directive but, rather, indicative, guiding and supportive. It is also unclear whether the Finnish municipalities are equipped to respond to the challenges posed by a broad population health approach.

NEW ZEALAND

The New Zealand Health Strategy adopted in 2000 explicitly addresses health disparities and the health of the entire population, but its implementation is limited in its scope to actions taken by the health sector.

Special attention is being paid to Maori populations, with particular strategies and action plans incorporating a population health approach.

Restructuring has placed increased responsibility for the health of the population and the power to identify health priorities on regional bodies – District Health Boards). These boards are required under legislation to report to the Minister of Health on the implementation of the Health Strategy and progress toward health targets.

The Public Health Advisory Committee is actively promoting the pursuit of a population health agenda beyond the health sector, primarily through the use of Health Impact Assessment (HIA).

Amendments to the public health legislation were tabled in Parliament in late 2007 to encourage the use of HIA across government departments and agencies.

NORWAY

Initially, population health initiatives in Norway focussed on quality of life, placing the primary responsibility on individuals to improve their health status. Later a policy shift resulted in more balance between the personal responsibility of the individual for health and the community's role in making health-related choices easier and more attractive. Moreover, it is only recently that disparities in health have been addressed explicitly; previously the focus was on reducing poverty within vulnerable groups.

In 2007, the Norwegian government tabled in Parliament a *National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health*, a White Paper considered as the health-related part of a broad governmental effort to promote greater equity in health. Its focus is on education, work and income and the department of health has overall responsibility for its implementation.

The White Paper, along with other policies on *Work, Welfare and Inclusion*, the *Action Plan to Combat Poverty*, and *Early Intervention for Lifelong Learning*, constitute a comprehensive policy framework to improve the health of Norwegians and to reduce disparities. Population health is organized in a three tier system with the municipalities having the greatest role. Interdepartmental/intersectoral collaboration is an integral part of the population health approach in Norway.

SWEDEN

Sweden has a comprehensive, “whole-of-government” approach to population health. Its population health policy is enshrined in legislation – the *Public Health Objectives Act* of 2003.

The Act enumerates 11 objectives for population health and sets specific, measurable targets for each one. Meeting these 11 objectives involve some 50 government departments and agencies.

The Act does not require government to restructure departments and agencies, but rather to achieve better coordination and greater efficiency among them to improve population health and reduce health disparities.

The Minister for Public Health and Social Services heads a special national population health executive established to facilitate intersectoral collaboration.

The Swedish National Institute of Public Health is required to monitor and report every four years on progress made toward the 11 objectives.

It is too early to assess the impact of the Act of 2003, but clearly, it reflects a strong commitment, at the highest political levels, to an equity-oriented, intersectoral approach to population health.

COMPARATIVE ANALYSIS

There have been substantial lags between the initial documentation of health disparities, the formulation of national policies to reduce them, and progress toward their reduction.

There is no single right way to address health determinants and reduce health disparities. Each country's approach depends on the historical development and current alignment of its political, economic, administrative and social structures, all of which affect both the kinds and the scope of actions that can be taken.

Health goals, objectives and targets are essential components of population health policies. Each country differs, however, in the specification and number of goals, objectives and targets used.

A challenge all countries face is the shortage of evidence on the effectiveness of interventions to reduce disparities in health. In recognition, several governments have established national research programs; others require national institutes to monitor and report on population health.

The health sector has a crucial leadership role to play in recruiting and working in partnership with other actors from other sectors responsible for policies and programs with direct or indirect impacts on population health and health disparities. Moreover, the backing of finance departments is of particular importance to ensuring not only that adequate funds are available to support the implementation of strategies, but also in ensuring the compliance of other government departments.

Health Impact Assessment (HIA) practice is well developed in many of the countries covered in this review. In some countries, public health legislation has been employed to embed HIA as an integral component of government processes.

A broadly recognized challenge for the development and implementation of population health policy is the active involvement of all relevant government departments. Intersectoral collaboration is further complicated in systems where different levels of government share closely interdependent but different responsibilities for the health of the population. Another challenge is to mobilize the wide range of actors who have a direct influence on the lives and health of people – those in schools, the primary health care, the voluntary sector, anti-poverty groups, NGO's, employers, etc.

POPULATION HEALTH POLICY: INTERNATIONAL PERSPECTIVES REPORT OF THE SENATE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

INTRODUCTION

In February 2007, during the 1st Session of the 39th Parliament, the Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology received a mandate from the Senate 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 determinants of health. The Senate renewed the mandate of the Subcommittee in October 2007, at the beginning of the 2nd Session of the 39th Parliament. A central element of the study is to identify the actions that must be taken by the federal government to implement population health strategies.

In response to this broad and complex mandate, we divided our study in two phases. The goal of the first phase is to gather evidence on the development and implementation of population health policy in various jurisdictions. The information obtained during this phase is based for the most part on background material prepared by our research team and external consultants, as well as on the testimony received during public hearings. The second phase of our study will be launched with the release of an issues and options paper which will form the basis for public hearings and consultations across the country. The consultation process will run through 2008. We expect to table our final report containing our recommendations in December 2008.

This is the first report to be released during phase one. It presents an analysis of government policies to address population health and reduce health disparities in a number of countries – precisely Australia, England, Finland, New Zealand, Norway and Sweden – selected after consultation with experts in the field. It describes how population health policy in these countries is developed, implemented and evaluated. Information was obtained by searching government websites as well as through extensive literature review and from some of our public hearings. Although the information contained in this report is limited to six countries, it provides a good sample of the wide range of information on population health policy development. We believe that many lessons can be learned from careful review and comparison of policies from these countries.

This report contains seven chapters. Chapter One through Chapter Six describe the main characteristics and particularities of population health policy in each country. These chapters all address the same issues: main findings; government responsibility for population health; development and implementation of population health policy; and monitoring and evaluation. Finally, Chapter Seven provides a comparative review of the international experience we studied.

CHAPTER 1: Australia

1.1 Main Findings

- Although many policy documents have over the past 20 years recommended the adoption of a population health approach, there is neither a national population health policy in Australia nor an explicit “whole-of-government” approach to reducing health disparities by the Commonwealth (national) government.
- The Commonwealth government does fund a number of initiatives and programs, however, that aim to improve either the health status of the overall population or that of specific population groups (including, in particular, Aboriginals).
- The health sector in Australia is the strongest advocate for action on population health and health disparities.
- In contrast to the Commonwealth government, four State governments (New South Wales, Victoria, South Australia, and Tasmania) have taken concrete action to improve population health and reduce health disparities. These efforts have been taken at both the State government and health department levels.
- Experts have urged the development of an explicit national policy to encourage comprehensive and coordinated action across the country.
- Australia believes there is insufficient evidence of the effectiveness of interventions to improve overall population health and reduce disparities in health; its government is correspondingly cautious. It does not propose inaction, but has a careful program to evaluate experimental interventions. The Commonwealth government is committed to building a strong base of evidence for the development and implementation of effective population health policies through building comprehensive social health databases, collaborative research on health inequalities and an equity-focused health impact assessment framework for policy development.
- A defining feature of the Australian federal system is the dynamic tension inherent in intergovernmental relations and the degree of cooperation required between levels of government. The Commonwealth government collects most taxes while the States and Territories have a predominant role in administering programs and services; fiscal and functional responsibilities are divided. Therefore intergovernmental relations involve ongoing negotiations over funding and governments’ respective responsibilities. This may have hampered the development and coordination of a truly national population health policy.

1.2 Government Responsibility¹

As in Canada, under Australia's federal system of government, population health is a shared responsibility between the Commonwealth and six State and two Territorial governments. There, however, the Commonwealth government has a stronger role in population health than is the case in Canada. While provincial governments in Canada have far greater fiscal leverage over population health than does the federal government, the Australian States and Territories are largely dependent on the Commonwealth government for its funding. As in Canada, local (municipal) governments play a relatively small role:

- The **Commonwealth government** is responsible for public policy making at the national level. It is responsible for national affairs and collects about 80% of all tax revenue. The Commonwealth also has a leadership role in making health policy, particularly in national issues like public health, health care, research and national information management. Commonwealth responsibilities also include the provision of welfare and other assistance payments, marriage, immigration, external trade and commerce, currency, patents, defence, and telecommunications.
- The **State and Territory governments** have primary responsibility for the management and delivery of programs and services in the following areas: epidemiological surveillance, health literacy, education, culture, emergency services, environmental health, justice, transport, employment, agriculture, property and housing, etc.
- **Local (Municipal) governments** are responsible for health-related matters in their respective districts. Their powers and responsibilities vary from State to State/Territory, but broadly they are responsible for health promotion, disease prevention programs (such as immunization), environmental health services (such as sanitation and hygiene), town planning, building approvals, local roads, parking, public libraries, and community facilities.

1.3 Development and Implementation of Population Health Policy

The development of population health policy in Australia began in 1981 with publication by the World Health Organization (WHO) of the *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*.² In 1985, in response to this call for all WHO Member States to develop national policies, strategies and action plans to improve health and to monitor progress against specified targets, the Commonwealth government established the Better Health Commission. The Commission was asked to report on the current health status of the Australian population and to recommend national policies and strategies relating to health promotion, disease prevention and overall population health. In 1986, it published a

¹ National Public Health Partnership, *Public Health in Australia*, 1998, <http://www.nphp.gov.au/publications/broch/contents.htm>.

² World Health Organization, *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, Geneva, 1981.

three volume report, *Looking Forward to Better Health*.³ Among the Commission's recommendations were that major illness prevention activities should focus on the three areas of cardiovascular disease, nutrition and injury.

In 1987, the Australian Health Ministers Advisory Council (AHMAC)⁴ established a Health Targets and Implementation Committee (HTIC) to advise on implementation of the recommendations from the Better Health Commission report. In 1988, the HTIC published *Health for All Australians* which, for the first time in that country, outlined 20 goals and 65 targets, all with detailed cost estimates, in three main areas: population groups (e.g., socio-economically disadvantaged, Aboriginals, children, women, etc.), major causes of premature death (e.g., cancer, heart disease, diabetes, etc.), and major risk factors (e.g., drug and alcohol use, tobacco smoking, nutrition, physical activity, etc.).⁵ The report also included five priority health areas for preventive action (improved nutrition, high blood pressure, injury prevention, preventable cancers and seniors' health).

In 1988, the National Better Health Program (NBHP) was established to oversee the implementation of the strategies outlined in the HTIC report. A review four years later found that while progress had been made in some areas, there were limitations in the approaches to the goals and targets in *Health for All Australians*. It revealed that the NBHP program was mainly viewed as an exercise in health promotion. It recommended that the goals and targets be revised with a view to influencing policy decision-making addressing the underlying social and environmental determinants of health.

In 1988, the Health Targets and Implementation Committee published *Health for All Australians* which, for the first time in that country, outlined 20 goals and 65 targets, all with detailed cost estimates, in three main areas: population groups, major causes of premature death and major risk factors.

Following this review, the Commonwealth government commissioned a report by academics in the Department of Public Health at the University of Sydney. The report, entitled *Goals and Targets for Australia's Health in the Year 2000 and Beyond*, was published in 1993.⁶ It revised the goals and targets of the *Health for All Australians* into four principal areas: 1) mortality, morbidity and quality of life; 2) healthy lifestyles and risk factors; 3) health literacy and life skills; and 4) healthy environments. It adopted a broader view of health than the previous reports and contained over 100 goals and 600 specific targets. The report also provided guidance on policy implementation including the identification of agencies to lead work on the priorities and the development of a program to monitor progress.

³ Better Health Commission, *Looking Forward to Better Health*, Canberra, 1986.

⁴ AHMAC membership comprises the head (plus one other senior officer) of each of the Australian Government, State and Territory and New Zealand Health Authorities, and the Australian Government Department of Veterans' Affairs. Its role is to provide effective and efficient support to the Australian Health Ministers' Conference.

⁵ Health Targets and Implementation Committee, *Health for All Australians*, Report to the Australian Health Ministers' Advisory Council and the Australian Health Ministers' Conference, Canberra, 1988.

⁶ D. Nutman, M. Wise, A. Bauman, E. Harris and S. Leeder, *Goals and Targets for Australia's Health in the Year 2000 and Beyond*, Department of Health, Housing and Community Services, 1993.

The Australian Health Ministers endorsed these goals and targets and established a joint working group to pick initial national health focus areas for action. This group, drawn from the AHMAC and the National Health and Medical Research Council (NHMRC), recommended four priority health areas: 1) cardiovascular disease; 2) cancer; 3) injury; and 4) mental health. Implementation groups were established for each area.

Better Health Outcomes for Australians was published in 1994, bringing together the work of the four implementation groups. This report provided a number of goals, strategies and indicators for the four priority health areas. Following the release of the report, the AHMAC established a Better Health Outcomes Overseeing Committee (BHOOC). One year later, the BHOOC reviewed the national health goals and targets process and identified a number of issues: a) that the complexity of the goals and targets were problematic, b) the number of indicators (over 140 indicators across four health areas) was too large, and c) there were no national reporting requirements.⁷

After this review, the National Health Priority Areas (NHPA) Initiative was launched by the Australian Health Ministers in 1996. This initiative underlined the need for a national approach to population health. Reflecting concerns that the population health effort in Australia was not well coordinated, the NHPA is a collaborative effort involving the Commonwealth, State and Territory governments charged with overseeing and coordinating population health action. The National Health Priority Action Council is responsible for overseeing this initiative. The diseases and conditions targeted through the NHPA process were chosen because they were thought to be the areas where significant gains in the health of Australia's population can be achieved. Initially, four priority areas were selected: cancer control; cardiovascular health; injury prevention and control; and mental health. In 1997, diabetes was added to the list. Asthma was added in 1999 and arthritis and musculoskeletal conditions in 2002. Taken together, it was estimated that the seven NHPA priority areas accounted for almost 80% of the total burden of disease and injury in Australia.

It should be noted that, to complement its national health priorities, Australia also has a range of topic-based health strategies (e.g., drug, tobacco, HIV/AIDS; alcohol, needle and syringe exchange, etc.).⁸

⁷ Rebecca Mitchell and Rod McClure, "The Development of National Injury Prevention Policy in the Australian Health Sector: and the Unmet Challenges of Participation and Implementation," *Australia and New Zealand Health Policy*, Vol. 3, No. 11, October 2006, <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1635714>

⁸ K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott and Hilary Wallace, *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*, World Health Organization, 2005.

In 1996, the Australian Ministers of Health created the National Public Health Partnership (NPHP) in another attempt to develop a more effective national coordinated approach to public health, disease prevention and population health. In 2006, the NPHP was replaced with two committees which are part of the AHMAC. The Australian Health Protection Committee (AHPC) focuses on public health, health protection and health disaster management, while the Australian Population Health Development Principal Committee (APHDPC) is responsible for the coordination of the national effort leading to an integrated health development strategy to include primary and secondary prevention, primary care, chronic disease and child health and well-being.⁹

In 1996, the National Health Priority Areas (NHPA) Initiative was launched by the Australian Health Ministers. This initiative underlined the need for a national approach to population health. Reflecting concerns that the population health effort in Australia was not well coordinated, the NHPA is a collaborative effort involving the Commonwealth, State and Territory governments charged with overseeing and coordinating population health action.

To sum up, despite the many committees that were formed, policy documents written and reviews undertaken, there has been little progress in implementing national approach to population health over the past 20 years. A recent study suggests, however, that four States (New South Wales, Victoria, South Australia and Tasmania) are explicitly committed to improving population health and reducing health disparities.¹⁰ New South Wales, in particular, has put in place the most comprehensive range of structural supports to encourage health equity as described in its recent *In All Fairness* commitment to action. Because the State Department of Health alone has been given the responsibility of implementing the new health equity policy, it cannot, however, be considered a “whole-of-government” approach to population health; its implementation rests solely on the contribution of the health sector.¹¹

1.4 Monitoring and Evaluation

Australia has a strong knowledge base related to population health and health disparities and, since 1990, has been a pioneer in population health databases when its first social health atlas was published. Moreover, in 1998, the Commonwealth government established the national Health

Australia has a strong knowledge base related to population health and health disparities and, since 1990, has been a pioneer in population health databases when its first social health atlas was published. Moreover, in 1998, the Commonwealth government established the national Health Inequalities Research Collaboration to increase knowledge on the causes of, and effective responses to, health inequalities and to promote evidence-based action to reduce health disparities in Australia.

⁹ National Public Health Partnership, <http://www.nphp.gov.au>.

¹⁰ Lareen Newman, Fran Braum and Elizabeth Harris, “Federal, State and Territory Government Responses to Health Inequities and the Social Determinants of Health in Australia,” *Health Promotion Journal of Australia*, Vol. 17, No. 3, 2006, pp. 217-225.

¹¹ Department of Health (New South Wales Government), *In All Fairness: Increasing Equity in Health Across NSW*, 17 May 2004. <http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2004/fairness.html>

Inequalities Research Collaboration to increase knowledge on the causes of, and effective responses to, health inequalities and to promote evidence-based action to reduce health disparities in Australia. This research collaboration was disbanded in 2004 and its responsibilities were transferred to the National Health and Medical Research Council (NHMRC). Three research networks have been established under the auspices of the NHMRC: 1) children, youth and families; 2) sustainable communities; and 3) primary health care. Recent data on health inequalities have also been produced by the Australian Institute of Health and Welfare. According to experts, Australia has a sound knowledge base from which to act.¹²

In collaboration with researchers, the Commonwealth government has also developed an equity-focused health impact assessment (EFHIA) framework for policy development. This framework defines a structured approach for the systematic consideration of equity at each step of assessment of the health impact of policy proposals.¹³

In collaboration with researchers, the Commonwealth government has also developed an equity-focused health impact assessment (EFHIA) framework for policy development. This framework defines a structured approach for the systematic consideration of equity at each step of assessment of the health impact of policy proposals.

CHAPTER 2: England

2.1 Main Findings

- England has a long history of pioneering a national approach to population health. It is the first, if not the only, country with a whole-of-government policy to reducing health disparities and improving overall population health.
- A new policy was initiated in response to a 2002 Treasury-led Cross Cutting Review which examined all government programs to identify how public spending could be applied to greatest effect on the reduction of health disparities.
- The details of the British population health policy were presented in 2003 in *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*, an ambitious agenda spanning all government departments.
- Under that program, England set specific national targets to reduce disparities in infant mortality and life expectancy at birth by 2010. A set of 12 national indicators

¹² Fran Baum and Sarah Simpson, « Building Healthy and Equitable Societies: What Australia Can Contribute to and Learn from the Commission on Social Determinants of Health », *Health Promotion Journal of Australia*, Vol. 17, No. 3, 2006.

¹³ Mary Mahoney, Sarah Tompson, Elizabeth Harris, Rosemary Aldrich and Jenny Stewart Williams, *Equity-Focused Health Impact Assessment Framework, Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment*, August 2004.

was developed to support the 2010 targets. These indicators form the basis of regular reporting by government on progress, with short term proxy measures of long term trends in reducing health disparities.

- At the national level, the Program is coordinated by a Cabinet Subcommittee chaired by the Deputy Prime Minister. The Secretary of State for Health and the Minister of Public Health champion the policy within government. The Health Inequalities Unit, based in the Department of Health, fosters and coordinates efforts within central government and works with local authorities and non-governmental organizations. Progress is monitored across government by the Treasury.
- Local Areas Agreements (LAAs) have been established: these are three year agreements that provide a framework for the relationship between central and local governments. They set out specific national goals to be accomplished at the local level over the duration of each agreement.
- To date, there has been little progress toward the national targets to be reached by 2010. It is clearly acknowledged that reversing the trends in health disparities will require a sustained, long-term, commitment both nationally and locally.
- England is also covered by the *United Kingdom National Action Plan on Social Inclusion*. Its goal is to tackle social exclusion and make a decisive impact on poverty. It is unclear how this action plan is coordinated with the current efforts to reduce health disparities.

2.2 Government Responsibility

England, together with Scotland, Wales and Northern Ireland, is one of the four countries forming the United Kingdom. All four constituent countries are subject to the legislative authority of the United Kingdom Parliament, although there has been partial devolution of power to Northern Ireland, Scotland and Wales through the re-establishment of legislative assemblies in each country. In contrast, England has no separate governing body for the whole of it other than that of the government of the United Kingdom. The centralized nature of the United Kingdom, a constitutional monarchy and a unitary state, is reflected in the structure of public policy in England:

- The **central (UK) government** is responsible for a wide range of public policy matters and legislation related to population health, including health care, social services, income support, education, agriculture, transport, business, etc.
- The 9 **Government Office Regions (GORs)** of England are regional entities that represent a total of eleven departments of the UK government: Cabinet Office; Local Government; Business, Enterprise and Regulatory Reform; Children, Schools and Families; Culture, Media and Sport; Environment, Food and Rural Affairs; Work and Pensions; Transport; Health; Justice; and the Home Office. They are involved in the provision of services and supports that influence population health,

including, for example: regenerating communities, fighting crime, tackling housing needs, improving public health, raising standards in education and skills, tackling countryside issues, and reducing unemployment.¹⁴

- **Local authorities, county districts and London boroughs** all have varying degrees of autonomy in selected areas of population health policy.

Efforts to improve population health and reduce health disparities in England span both levels of government, with increasing devolution by the central government to its regional offices and the local authorities.

2.3 Development of Population Health Policy

As noted above, England has a long history of pioneering population health and is the first, if not the only, country with a comprehensive stand-alone policy on reducing health disparities and improving overall population health. Its current approach to population health, one that addresses health inequalities specifically, has been developed step by step over the past 30 years.

In 1977, in response to mounting concerns about health disparities, the UK government established the Inequalities in Health Research Working Group, under the direction of Sir Douglas Black, to review the evidence of health disparities and recommend a policy response. The Black Report (1980), as it became known, showed that, despite the advent in 1948 of universal health care through the National Health Service (NHS), significant disparities in health persisted and that they were largely attributed to poverty. In addition, the report made a strong case that “people’s behaviour is constrained by structural and environmental factors over which they have no control”. As a result, it recommended a horizontal approach to improving population health backed by significant financial expenditures across government departments.¹⁵

The Black Report showed that, despite the advent in 1948 of universal health care through the NHS, significant disparities in health persisted and that they were largely attributed to poverty. In addition, the report made a strong case that “people’s behaviour is constrained by structural and environmental factors over which they have no control”. As a result, it recommended a horizontal approach to improving population health backed by significant financial expenditures across government departments.

The government of the day, however, decided that the recommendations were too expensive to implement. Nonetheless, the long-term policy implications of the Black Report were substantial. It generated public attention directed toward the non-medical determinants of health and health disparities and set the agenda both for research and policy discussions over the next two decades.¹⁶

¹⁴ Government Offices for the English Regions, *About the Network*, <http://www.gos.gov.uk/aboutusnat/>

¹⁵ *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group* (Sir Douglas Black, Chair), United Kingdom Department of Health and Social Security, 1980. <http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm>

¹⁶ Michael Marmot, “From Black to Acheson: Two Decades of Concern with Inequalities in Health. A Celebration of the 90th Birthday of Professor Jerry Morris”, *International Journal of Epidemiology*, Vol. 30, No. 5, 2001, pp. 1165-1171. <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/full/30/5/1165#R3>

In 1991, the UK government published a consultation paper which set out its proposals for the development of a population health strategy for England.¹⁷ One year later, *The Health of the Nation* was launched. This population health strategy outlined five key areas for action (coronary heart disease and stroke; cancer; mental illness; HIV/AIDS and sexual health; and, accidents) and identified 25 targets to improve health overall. Interestingly, the strategy rested on a “whole-of-government” approach to population health, involving 11 government departments. A Ministerial Cabinet Committee was established to oversee development, implementation and monitoring of the strategy and to ensure coordination of the central government’s efforts with regional and local authorities. In addition, the government announced its intention to produce a guide to facilitate health impact assessment. Also planned was systematic review of progress towards achievement of targets and periodic reporting.¹⁸

England has a long history of pioneering population health and is the first, if not the only, country with a comprehensive stand-alone policy on reducing health disparities and improving overall population health.

Concerns were raised that none of the targets of the new population health strategy addressed health disparities directly but the growing weight of evidence forced acknowledgement of the problem. In 1995, the government initiated another review to obtain advice on what the Department of Health and the NHS could do to tackle ethnic, geographical, socio-economic and gender disparities in health. This review, led by the Chief Medical Officer, culminated in publication of *Variations in Health: What can the Department of Health and the NHS Do?* The report showed that disparities in health were the outcome of socio-economic inequalities in living standards and life chances that took their cumulative toll on health in childhood and throughout the lifespan. It concluded that, without policies to address them, such disparities would be a serious barrier to the achievement of the national health targets. The report also underlined the necessity of partnerships with local authorities, the voluntary sector, and communities and individuals themselves, given that the contributors to health disparities were both many and complex.¹⁹

¹⁷ United Kingdom Department of Health, *The Health of the Nation: A Consultative Document for Health in England*, London, 1991.

¹⁸ United Kingdom Department of Health, *The Health of the Nation: A Strategy for Health in England*, London, 1992.

¹⁹ United Kingdom Department of Health, *Variations in Health: What can the Department of Health and the NHS Do?*, London, 1995.

Two years later, the UK government set up an independent inquiry chaired by Sir Donald Acheson, to review and summarize health disparities in England and identify priority areas for the policy development to reduce them. While the Black Report addressed the socio-economic causes of health inequalities, the Acheson Report, released in 1998, identified health inequalities geographically and among population sub-groups as well as at all stages of the life course from pregnancy to old age. It put forward 39 recommendations and identified three crucial priorities: 1) all policies impacting on health should be subject to health impact assessments; 2) high priority should be given to the health of families with children; and 3) further steps should be taken to reduce income inequalities and improve the living standards of poor households.²⁰

The Acheson Report, released in 1998, identified health inequalities geographically and among population sub-groups as well as at all stages of the life course from pregnancy to old age. It put forward 39 recommendations and identified three crucial priorities: 1) all policies impacting on health should be subject to health impact assessments; 2) high priority should be given to the health of families with children; and 3) further steps should be taken to reduce income inequalities and improve the living standards of poor households.

While the Acheson Inquiry was ongoing, the UK government released (in February 1998) another consultation document which set out its proposals for concerted action in partnership with local organizations to improve the health and living conditions of the population. These proposals were to meet two goals: 1) to improve the health of the population as a whole by increasing longevity and the number of years free from illness; and 2) to improve the health of the worst off in society and thereby reduce health disparities. It made clear the importance of individual responsibility and partnership with local communities to improve population health.²¹

²⁰ *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report* (Sir Donald Acheson, Chair), the Stationary Office, London, 1998. <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/ih.htm>

²¹ United Kingdom Department of Health, *Our Healthier Nation: A Contract for Health*, London, 1998. <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ohnation/title.htm>

In response to the report of the Acheson Inquiry and after public consultations, in 1999 the UK government revised its population health policy and published *Saving Lives: Our Healthier Nation*²², along with its companion document *Reducing Health Disparities: An Action Report*.²³ These reports set out the actions the government would take – by its departments and through partnerships between the various regional and local organizations in England – to reduce health disparities. New targets were established for the five priority areas. And again, health impact assessments were to be made “a part of the routine practice of policy-making in government”. The revised policy was considered the most comprehensive program ever proposed to tackle health inequalities in the UK.

To ensure that efforts across government departments were coordinated and that they supported effectively the goal of reducing health disparities, in 2002 the UK government conducted an inter-departmental spending review of health inequalities. The “cross-cutting” spending review, led by the Treasury, assessed government departmental expenditures in education, welfare, criminal justice, environment, transport and local

In 2002 the UK government conducted an inter-departmental spending review of health inequalities. The “cross-cutting” spending review, led by the Treasury, assessed government departmental expenditures in education, welfare, criminal justice, environment, transport and local government in relation to health distribution. In turn, the results from the spending review informed departmental spending plans for the 2003-2006 fiscal years. Further, the results generated mandatory commitments to actions that, in sum, constituted a whole-of-government approach to reduce health disparities.

government in relation to health distribution. In turn, the results from the spending review informed departmental spending plans for the 2003-2006 fiscal years. Further, the results generated mandatory commitments to actions that, in sum, constituted a whole-of-government approach to reduce health disparities. In particular, the emphasis was on:

- Ending the cycle of health disparities by tackling poverty and deprivation, especially a) in families with children, b) by supporting healthy pregnancies and early childhood development and c) through educational interventions to eliminate the attainment gap.
- Addressing the major causes of mortality and injury, in particular the social gradient in modifiable behavioural and physiological risks (smoking, physical activity and nutrition) and in the provision of treatment services.
- Improving access to public services and facilities, in particular in the sectors of primary care and public transport.

²² United Kingdom Department of Health, *Saving Lives: Our Healthier Nation*, London, July 1999. <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm43/4386/4386.htm>

²³ United Kingdom Department of Health, *Reducing Health Inequalities: An Action Report*, London, January 1999. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006054

- Strengthening disadvantaged communities through neighbourhood renewal and regeneration, improving housing, making communities safer, and providing more public services to facilitate access to employment and education, and
- Helping particularly susceptible groups through targeting the needs of the fuel poor²⁴, those with mental illness, the homeless, and prisoners and their families.²⁵

The government provided further details of its whole-of-government approach to health disparities in 2003 with the release of *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*. The program set out an ambitious agenda spanning 12 central government departments/agencies as well as a number of regional and local authorities. It was supported by a national public service agreement (PSA) target along with two more detailed objectives:

- to reduce inequalities in health outcomes by 10% by 2010 as measured by infant mortality and life expectancy at birth:
 - starting with children under one year, by 2010 to reduce by at least 10% the gap in mortality between routine and manual groups and the population as a whole;
 - starting with local authorities, by 2010 to reduce by at least 10% the gap between the fifth of areas with the lowest life expectancy at birth and the population as a whole.²⁶

There were, in addition, 76 cross-government commitments to be delivered by 2006. It was made clear, however, that securing results would take many years; the program stressed the intergenerational aspects of many of the contributory factors leading to health disparities.

England is also incorporated under the *United Kingdom National Action Plan on Social Inclusion*,²⁷ the goal of which is to tackle social exclusion and reduce poverty. It is unclear how this action plan is coordinated with the current efforts to reduce health disparities.

²⁴ Fuel poverty occurs when households spends more than 10% of their income on fuel used to heat their homes to an adequate standard of warmth

²⁵ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities: 2002 Cross-Cutting Review*, www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/80/03/04068003.pdf

²⁶ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*, 2003. www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/93/62/04019362.pdf.

²⁷ United Kingdom Department of Work and Pensions, *Working Together: United Kingdom National Action Plan on Social Inclusion, 2006-2008*, 2006. <http://www.dwp.gov.uk/publications/dwp/2006/nap/>

2.4 Implementation

Population health/health disparity reduction policy in England is “top-down” guided by a Cabinet Subcommittee chaired by the Deputy Prime Minister that provides overall governance and coordination across government departments. The Secretary of State for Health and the Minister of Public Health are jointly responsible for championing the policy within government. An interdepartmental working group of senior officials monitors departments to ensure that their programs contribute to the achievement of the national target. Within the Department of Health, the Health Inequalities Unit focuses on establishing links among health entities to ensure that a health inequalities perspective applies to their programs and initiatives.

Working in partnership is seen to be the key to the success of the population health/health disparity reduction policy. This involves cooperation and collaboration between the UK government and several regional/local authorities. Accordingly, the Department of Health supported the formulation of Local Area Agreements (LAAs) as important elements in the planning process to give greater prominence to health inequalities and health outcomes in local community planning. LAAs are established with GORs and address particular attention to: children and young people; safer and stronger communities; healthier communities and older people. Together with Regional Assemblies and Regional Development Agencies, the GORs also consider the broader economic determinants of health and strategy on transportation, employment, the environment and community renewal.

Population health/health disparity reduction policy in England is guided by a Cabinet Subcommittee chaired by the Deputy Prime Minister that provides overall governance and coordination across government departments. The UK government also cooperates and collaborates with several regional/local authorities through the use of Local Area Agreements (LAAs).

2.5 Monitoring and Evaluation

A Programme for Action committed to the development, at the national level, of a high-level cross government set of indicators that would be monitored and published annually to track progress. Locally, each regional entity was encouraged to select and report on indicators relevant to its own needs. The status report on the *Programme for Action* published in 2006 showed no narrowing of health disparities against the PSA targets. The changes reported included:

- a slight reduction in the gap for male life expectancy for 2002-04 compared to 2001-2003;
- a slight increase in the gap for female life expectancy for 2002-04 compared to 2001-2003;
- no change in the infant mortality target between 2001-2003 and 2002-2004;

- in terms of the cross government headline indicators, slight improvements in the trends in terms of road accident casualties for children, educational attainment and housing quality; and
- some signs of a widening of inequalities between 2000 and 2005 in smoking in pregnancy between the routine and manual group and all mothers.²⁸

The status report acknowledged once again that reversing the trends in disparities would require sustained commitment at both the national and local levels over time (measured in generations).

In 2004, the UK government stated once again that the impact of “non-health” interventions on population health should be more routinely considered both before implementing policies – through health impact assessments – and afterwards – through evaluation. Accordingly, it announced that it would build health into all future legislation by including health as a component in regulatory impact assessment.²⁹ This decision, however, has not been enforced either through legislation or policy.³⁰

The same year, the Department of Health published a guide on interventions that have shown to be effective in reducing health disparities; this guide was to assist providers and organizations who deliver health care at the local level.³¹

CHAPTER 3: Finland

3.1 Main Findings

- Finland has had an explicit policy aimed at improving population health and reducing health disparities since 1987. There is a sound information base, coupled with a specific government investment into population health research and a legislative requirement to report to Parliament on population health.
- The current (target year 2015) policy on national population health, however, includes only a few detailed suggestions relating to the kinds of initiatives needed to meet the target. Concerned about increasing levels of health inequalities in Finland, the national government is preparing a national action plan to reduce them. It will

²⁸ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities: Status Report on the Programme for Action – 2006 Update of Headline Indicators*, August 2006. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_062903

²⁹ United Kingdom Department of Health, *Choosing Health: Making Healthy Choices Easier*, 2004. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094550

³⁰ Dr. Fiona Adshead, *Proceedings*, 11 December 2007.

³¹ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities – What Works*, 2005. <http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Healthinequalities/Bestpractice/index.htm>

be interesting to review this action plan which was set to be released by the Finnish government toward the end of 2007.

- Over the last 20 years, population health policy in Finland has emanated from the department of health, despite the recognition that many determinants of health lie under the purview of other government departments. Although the relevant departments are sometimes recognized within policy documents, it is unclear how they collaborate together in Finland to achieve common health goals.
- Finland has a separate policy on poverty and social exclusion, but there is little information on how its implementation is coordinated with the population health policy.
- A major challenge to implementation of the population health policy relates to the highly devolved system of government in Finland. While the national government provides national leadership, most programs and services are implemented and delivered by municipalities. Policies developed at the national level cannot be directive but, rather, indicative, guiding and supportive. It is also unclear whether the Finnish municipalities are equipped to respond to the challenges posed by a broad population health approach.

3.2 Government Responsibility

Finland is a democratic republic with a parliamentary system of government. Its unicameral Parliament, the Eduskunta, has 200 members elected for a four-year term on the basis of proportional representation. The country is divided into 6 provinces and 416 municipalities, the latter with the authority to levy taxes and the responsibility for the delivery of a wide range of programs and services. Democratic decision-making takes place on either the national or municipal level.

- The **national government** is responsible for developing broad national policies, passing legislation, and supervising policy implementation. It has responsibilities in all fields relevant to population health: health care, social affairs, education, labour, environment, justice, etc.³²
- **Municipalities** also have a broad range of responsibilities. As self-governing entities, they can undertake a variety of functions but also have a number of statutory obligations. National legislation sets out a number of functions that the municipalities may or may not perform but in respect to those they decide to undertake, they must adhere to the relevant national legislation. The most important areas of municipal responsibility include social welfare, health care, education, and culture. They are also responsible for the maintenance of streets and local roads. Moreover, they perform functions in the field of environmental

³² Finnish Government, *Facts about the Government*, <http://www.government.fi/tietoa-valtioneuvostosta/perustietoa/en.jsp>.

administration, such as land use planning, building regulation, environmental protection and waste management.³³

According to one Finnish expert, since 1993 there has been a “radical” shift from centralized state planning and intervention to “extreme” decentralization. In his view, this shift has been both remarkable and rare by international comparison; municipalities now have the main operative public responsibility for health.³⁴ This highly devolved system of government creates challenges to the development and implementation of population health policy in Finland.³⁵

3.3 Development of Population Health Policy

Finland was among the first countries to create a national policy on population health; in 1982, it was a pioneer for the World Health Organization in developing the WHO strategy for health for all.³⁶ At the time, the decision to launch that strategy was both an ambitious attempt to do things differently and also an acknowledgement of the fact that continuing to expand health care would not necessarily improve health outcomes.³⁷

Finland was among the first countries to create a national policy on population health; in 1982, it was a pioneer for the World Health Organization in developing the WHO strategy for health for all.

In 1987, the government devised its own population health policy and released *Health for All by 2000 – the Finnish National Strategy*. The strategy incorporated a focus broader than health care and had 34 lines of action directed to four targets: 1) adding years to life (i.e. a decline in premature deaths); 2) adding health to life (i.e. a decline in chronic diseases, accidents and other health problems); 3) adding life to years (i.e. good health and functional capacity for longer in life, with welfare to match); and 4) reducing health disparities between population groups (i.e. reducing health differences between genders, socioeconomic categories and people living in different regions). The government proceeded to implement the steps outlined in the strategy and a special health research program was launched with new government funding to monitor trends in health status and socioeconomic disparities in health.

At the time, the municipalities presented exceptional potential for intersectoral action related to population health based on the fact that in the 1980s all municipalities were required to establish two councils. One was an intersectoral council for health education and promotion, which was intended to bring together health care, schools, youth

³³ Ministry of the Interior, *Legislation on Local Government in Finland*, Government of Finland, 2007. <http://www.intermin.fi/intermin/home.nsf/pages/15984682D7D068C0C2256B81003A62D4?opendocument>

³⁴ Simo Kokko, “The Process of Developing Health for all Policy in Finland, 1981-1995,” *Exploring Health Policy Development in Europe*, World Health Organization, Edited by Anna Ritsatakis *et. al.*, 2000, pp. 27-40, http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_37.

³⁵ WHO Regional Office for Europe, *Review of National Finnish Health Promotion Policies and Recommendations for the Future*, 2002, <http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/health/hprom/index.htm>.

³⁶ Simo Kokko (2000), *op.cit.*

³⁷ *Ibid.*

work and sports. The second, a council for rehabilitation issues, was oriented toward coordinating the work of health, social work and other professionals providing health-related services directly to individuals and families and avoid unnecessary inter-professional referrals. To facilitate intersectoral collaboration, the government transformed its previously earmarked subsidies into block grants so that funds could be used to meet local priorities. The resultant intersectoral action between the health and social sectors intensified in the 1990s as municipalities increasingly consolidated administration of their health and social programs.³⁸

In 1993, the WHO conducted an external review of the Finnish population health strategy. The main findings included: 1) development of the strategy had been too confined to the health care sector; involvement of other sectors and wider consultation would have helped subsequently in implementing the strategy; 2) although experts and policy makers were committed to the population health strategy, the principles had not received enough visibility in the mass media or at the grassroots; 3) development and implementation of the strategy had been led by experts and public servants in a top-down manner; municipalities were not brought into the process at the initial stages; 4) the strategy had been used as a means of legitimizing rather than initiating the national process of formulating population health policy; 5) the strategy was not based on sufficiently quantified targets; and 6) the group of public servants within the health care sector that had been given responsibility for implementing and monitoring the strategy was too small; more financial and human resources should have been used.³⁹

In 1995, new legislation was adopted requiring the Finnish government to table in Parliament a biannual report on the state and development of the health of the nation. The first report, presented in 1996, provided a broad overview of the health determinants of the Finnish population and highlighted health challenges and trends. A major section of the report was devoted to studying the health impact of policies in fields other than health. Subsequently the contribution of other government departments to health was recognized and their participation in the promotion and protection of health was encouraged.⁴⁰ The second report, tabled in 1998, included information on trends in health, illness, social conditions, disparities in health and income, social exclusion, working environments, living conditions of children and youth, etc.; it included information relating to the contributions from all departments. Information was also obtained from umbrella organizations in the social welfare and health sectors. This second report was remarkable for its broader focus on population health and social security than would have been done by any single department.⁴¹

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ Council of State of Finland, *Public Health Report Finland 1996*, http://www.pia-phr.nrw.de/abstracts/sf/sf_649835.html.

⁴¹ Ministry of Social Affairs and Health (Finland), *Social Welfare and Health Report, 2000*, <http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/ehocontents13.htm>.

In 2000, the national government released the *Health 2015 Public Health Programme* which revised and updated the national policy on population health.⁴² The four general targets (giving people a longer and healthier life and reducing health disparities) were maintained, and eight new targets were added. The first five were aimed at population groups – child health; smoking by young people; accidental and violent death among young men; increasing working and functional capacity of the workforce; and improving functional capacity among people over 75. The last three targets focused on the population as a whole and included: increasing healthy life expectancy by an average of two years; maintaining satisfaction with respect to health care; and reducing health disparities. Some of the targets were quantitative (e.g. to reduce smoking by 16-18 year olds to less than 15%). Others were less specific (e.g. increases in child well-being and health, and appreciable decreases in symptoms and diseases caused by insecurity). According to experts, the 2015 national health policy included only a few detailed suggestions of the kinds of initiatives needed to meet the targets.⁴³ This policy also stressed the need for multi-sectoral collaboration among the Ministry of Social Affairs and Health and other departments, the municipalities, universities, businesses, communities and individuals. In particular, it acknowledged that local authorities play an increasingly important role as the national government strives to replace top down with bottom up management. Social inclusion was also acknowledged a priority. The *Health 2015 Public Health Programme* will be subject to comprehensive monitoring and external evaluation. Indicators will be devised to assess the attainment of the targets and will feed into population health reports that will be produced every four years.⁴⁴

In 2000, the national government released the Health 2015 Public Health Programme which revised and updated the national policy on population health. The revised policy stressed the need for multi-sectoral collaboration among the Ministry of Social Affairs and Health and other departments, the municipalities, universities, businesses, communities and individuals.

In addition to the health 2015 document, policies, strategies and action plans for specific topics are in place, some with their own targets. Examples of these policies are: the National Aging Policy up to 2001,⁴⁵ the Drug Strategy of 1997, the National Action Plan against Poverty and Social Exclusion, and the Development of Health Enhancing Physical Activity. Together, these strategies and initiatives form a comprehensive policy framework to improve overall population health and to reduce health disparities. It is unclear, however, how or whether their implementation is being coordinated.

⁴² Ministry of Social Affairs and Health (Finland), *Government Resolution on the Health 2015 Public Health Programme*, 2001, <http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/ehocontents17.htm>.

⁴³ Caroline Costongs, Ingrid Stegeman, Sara Bensaude De Castro Freire and Simone Weyers, *Closing the Gap – Strategies for Action to Tackle Health Inequalities: Taking Action on Health Equity*, European Commission, May 2007, <http://www.health-inequalities.eu/?uid=2302287e264715c480d6449302b63587&id=Seite872>.

⁴⁴ Iain K Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott and Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons*, Public Health Institute of Scotland, September 2003, <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>.

⁴⁵ Ministry of Social Affairs and Health, *A National Policy on Aging Up to 2001*, 1996, <http://pre20031103.stm.fi/english/pao/ageing1.htm>.

In March 2007, the government released the latest step in the implementation of the Finnish population health policy a *National Action Plan to Reduce Health Inequalities*. It was to be completed by the end of 2007 and aims to identify the policy areas and measures required to achieve the national target to reduce socioeconomic disparities in health, set out in the national health 2015 policy.

In March 2007, the government released the latest step in the implementation of the Finnish population health policy a National Action Plan to Reduce Health Inequalities. It was to be completed by the end of 2007 and aims to identify the policy areas and measures required to achieve the national target to reduce socioeconomic disparities in health, set out in the national health 2015 policy.

Preparation of the action plan is the responsibility of the Ministry of Social Affairs and Health and the Advisory Board for Public Health. It will be built around the following seven strands:

- 1) Reinforcing population health policies and integrating the health inequalities into it;
- 2) Strengthening work to reduce health inequalities in municipalities;
- 3) Alcohol and tobacco policies;
- 4) Enhancing the equity in public services;
- 5) Reducing health inequalities in children and young people and preventing social exclusion;
- 6) Reducing health inequalities in people of working age;
- 7) Developing monitoring systems for health inequalities among population groups.⁴⁶

Strands 1 and 2 cover the levels at which actions are implemented and the principles that inform them. Strands 3 and 4 cover major determinants of health disparities, and 5 and 6 the most important targeted populations. Strand 7 addresses the information system necessary for implementation of the appropriate policies and the assessment of the extent to which they are achieving their objectives.⁴⁷

3.4 Implementation

Under the national health 2015 policy, many actors have a role in implementing population health policy. The Ministry of Social Affairs and Health is responsible for coordinating the overall policy and the actions that each of the key players should take. It is also given the responsibility of working in close cooperation with municipalities to

⁴⁶ Ministry of Social Affairs and Health (Finland), *Preparation of a National Action Plan to Reduce Health Inequalities – A Roadmap*, 20 March 2007, http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/health_inequalities_action_plan_2007.pdf.

⁴⁷ *Ibid.*

improve their potential to achieve the targets. The policy also stresses that municipalities must be supported in their health promotion and monitoring and evaluation activities. Municipalities are also encouraged to cooperate more closely with one another. In addition, the Ministry of Social Affairs and Health must work with other relevant departments to strengthen the health promotion role of the business sector and the industry. Non-governmental organizations must cooperate at the community level in the health promotion efforts and individuals are encouraged to be active in promoting their own health.

A concern was raised that, with the exception of the health sector, the national level has no operational role, and the Ministry of Social Affairs and Health is the only department given explicit responsibilities.⁴⁸ It is not yet known how the *National Action Plan to Reduce Health Inequalities* will be developed and which department(s) will have responsibility for its implementation.

3.5 Monitoring and Evaluation

Finland has a strong tradition of monitoring health status and the occurrence of illness through various national population surveys and registers. The wide range of data collected has facilitated monitoring of the Finnish population health policy. The population health reports that are presented to Parliament are comprehensive, covering various sectors and levels of government. They are based on legislation requiring all departments to contribute by reporting their health-related activities. It has been argued, however, that the national health 2015 policy contains only a few specific health targets and that their paucity makes monitoring of the policy difficult to achieve.⁴⁹

Finland has a strong tradition of monitoring health status and the occurrence of illness through various national population surveys and registers. The wide range of data collected has facilitated monitoring of the Finnish population health policy. The population health reports that are presented to Parliament are comprehensive, covering various sectors and levels of government. They are based on legislation requiring all departments to contribute by reporting their health-related activities.

In health research, the Academy of Finland currently leads a national research program on health disparities. Another joint research project on health disparities, “TEROKA”, has recently been initiated by three national research institutes (National Public Health Institute, National Research and Development Centre for Welfare and Health, and Finnish Institute of Occupational Health). TEROKA involves researchers with a variety of academic backgrounds including epidemiology, health services research, social policy, medical sociology, medicine, and nutritional science. The goals of the project are to: strengthen research; promote partnerships to reduce health inequalities; develop practical measures of the effects of interventions on population health (e.g. impact

⁴⁸ WHO Regional Office for Europe, *Review of National Finnish Health Promotion Policies and Recommendations for the Future*, 2002, <http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/health/hprom/index.htm>.

⁴⁹ *Ibid.*

assessment); raise awareness among policymakers; and encourage the development of policies to reduce health inequalities.⁵⁰

Some experts contend that setting ambitious goals and targets and enhancing epidemiological knowledge through research and development of comprehensive databases by themselves do not necessarily lead to government action. It appears, however, that striving for better health for the whole population has been successful in Finland. In contrast, striving to make more equitable the distribution of health has not been successful because of the lack of active commitment on the part of the different players charged with implementing Finnish health and social policy whose systems to promote equality in health need reinforcement.⁵¹

CHAPTER 4: New Zealand

4.1 Main Findings

- The New Zealand Health Strategy adopted in 2000 explicitly addresses health disparities and the health of the entire population, but its implementation is limited in its scope to actions taken by the health sector.
- Special attention is being paid to Maori populations, with particular strategies and action plans incorporating a population health approach.
- Restructuring has placed increased responsibility for the health of the population and the power to identify health priorities on regional bodies – District Health Boards (DHBs). DHBs are required under legislation to report to the Minister of Health on the implementation of the Health Strategy and progress toward health targets.
- The Public Health Advisory Committee is actively promoting the pursuit of a population health agenda beyond the health sector, primarily through the use of Health Impact Assessments (HIAs).
- Amendments to the public health legislation were tabled in Parliament in late 2007 to encourage the use of HIA across government departments and agencies.

4.2 Government Responsibility

New Zealand is a constitutional monarchy, a unitary state with a parliamentary system of government. Its single legislative body is the 120 seat House of Representatives, commonly referred to as Parliament. There are two branches of government: national and

⁵⁰ Teroka project, <http://www.teroka.fi/teroka/index.php?option=content&pcontent=1&task=view&id=71&Itemid=102>.

⁵¹ Hannele Palosuo, *Reducing Inequalities in Health in Finland*, Finnish Institute of Occupational Health, 4 June 2007, http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/HOPE_HP_040607.pdf.

local. Local governments are independent but subordinate to the national government. They act primarily through three types of institutions: regional councils, territorial local authorities, and district health boards, institutions created by the authority of the national government, with powers conferred by Parliament. While local authorities raise much of their own funding, the national government subsidizes some targeted activities (principally health services and road construction and maintenance).

- The **national government** is responsible for legislation, national policies and activities in areas relevant to population health, such as education and training, employment, tax, fiscal and economic policy, and social welfare and services. While national health policy is set by Parliament, much of health service delivery and some flexibility in the means and focus of that delivery have been devolved to District Health Boards.
- New Zealand has sixteen **regional councils** (and one territory), most covering several cities or districts. They have responsibility for issues related to the environment and public transport, including: resource management policy and permits for the use and development of natural and physical resources; land, air and water discharges and water allocation; pest management and policy aspects of biosecurity; flood control; regional emergency management and civil defence; regional land transport planning and coordination; regional hazardous waste disposal; and harbour administration.
- There are 76 **territorial local authorities** with city (mainly urban) or district (rural or combined rural and urban) councils. City and district councils provide a wide range of services related to community well-being and development, notably infrastructure (roads, transport, sewerage, water and storm water); recreational and cultural activities (such as public libraries); and environmental health and safety (including building control, emergency management, civil defence and environmental health matters).⁵²
- New Zealand's health care sector was restructured four times between 1989 and 2001, ultimately leading to the creation of twenty-one **District Health Boards** (DHBs). The statutory objectives of DHBs include improving, promoting and protecting the health of communities, promoting the integration of health services, especially primary and secondary care services, and ensuring effective care and support of those sick or disabled. They are responsible for providing directly or funding the provision of health and disability services in their districts.

4.3 Development and Implementation of Population Health Policy

New Zealand has developed its population health policy through a series of steps beginning in 1989 when the national government first established a set of 10 health goals – dealing with risk factors (smoking, alcohol use and hypertension), disease (ischaemic heart

⁵² John Wilson, "Government and Nation," *Te Ara – the Encyclopedia of New Zealand*, updated 26 September 2006, <http://www.TeAra.govt.nz/NewZealandInBrief/GovernmentAndNation/en>

disease, stroke, cervical cancer and melanoma) and unintentional injury – and agreed to report on progress toward meeting set targets on a regular basis.⁵³

In 1994, the national government endorsed *A Strategic Direction to Improve and Protect Public Health*, its first policy statement based on a population health approach. This document identified 56 health targets.⁵⁴ Three years later the government released another report stressing the importance of continuing the 1994 population health policy by consolidating and building on programs already initiated. This report acknowledged that population health initiatives constitute long term exercises, particularly in terms of changing attitudes and behaviours affecting the underlying determinants of health.⁵⁵

In 1994, the New Zealand government endorsed A Strategic Direction to Improve and Protect Public Health, its first policy statement based on a population health approach. This document identified 56 health targets.

In 1998, the National Health Committee, an advisory body to the Minister of Health, released a paper that documented health determinants and health disparities in New Zealand and recommended additional government action.⁵⁶ The main findings of the paper were that:

- Social, cultural and economic factors are the main determinants of health;
- There are persisting health inequalities that result from different socio-economic conditions; some evidence suggests these disparities may be worsening in New Zealand;
- There are good reasons to intervene to reduce socio-economic disparities in health;
- There is evidence that specific interventions can reduce these inequalities;
- The Minister of Health can play a leadership role in initiating policies to reduce health disparities;
- The Minister of Health can require health impact assessments when changes in macroeconomic and social policies are proposed and made and can

⁵³ Iain K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott and Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons*, A report to NHS Health Scotland, September 2003. <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>

⁵⁴ New Zealand Public Health Commission, *A Strategic Direction to Improve and Protect Public Health: The Public Health Commission's Advice to the Minister of Health 1993-1994*, 1994.

⁵⁵ New Zealand Ministry of Health, *Strengthening Public Health Action: the Strategic Direction to Improve, Promote and Protect Public Health*, Wellington, 1997.

⁵⁶ New Zealand National Health Committee (National Advisory Committee on Health and Disability), *The Social, Cultural and Economic Determinants of Health in New Zealand: Action to Improve Health*, Wellington, June 1998. <http://www.nhc.health.govt.nz/moh.nsf/0/BC21C8CFF2D8D5DFCC2572AC0016BBC7>

collaborate with other ministers in implementing broad population health policy.

In 1999, the Ministry of Health published a comprehensive report on social inequalities in health, with a focus on Maori and Pacific peoples.⁵⁷ A year later, Parliament adopted the *New Zealand Public Health and Disability Act*.⁵⁸ One of its objectives was particularly relevant to population health, its goal “to achieve the best health and disability support outcomes for New Zealanders and reduce disparities between population groups”. The Act also established the District Health Boards (DHBs) and requires them to adopt a population health focus as they fund or provide services (including prevention, early intervention, treatment and support services) for their geographically defined populations. The Department of Health also developed toolkits of evidence of best practices to guide DHBs.⁵⁹ The Act also directed the national government to develop a New Zealand Health Strategy and a New Zealand Disability Strategy and to table an annual report to Parliament on progress on their implementation.

The national government released *The New Zealand Health Strategy* at the end of 2000⁶⁰ revising the government’s population health policy and setting 10 new goals and 61 specific objectives related to: 1) a healthy social environment; 2) reducing inequalities in health status; 3) Maori development in health; 4) a healthy physical environment; 5) healthy communities, families and individuals; 6) healthy lifestyles; 7) better mental health; 8) better physical health; 9) injury prevention; and 10) accessible and appropriate health care. Of the 61 objectives, 13 “population health objectives” were chosen for implementation over the short to medium term:

- reducing smoking
- improving nutrition
- reducing obesity
- increasing the level of physical activity
- reducing the rate of suicides and suicide attempts
- minimising harm caused by alcohol and illicit and other drug use to individuals and the community
- reducing the incidence and impact of cancer
- reducing the incidence and impact of cardiovascular disease

⁵⁷ New Zealand Ministry of Health, *Social Inequalities in Health, New Zealand 1999*, Wellington, September 2000. <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/65b8566b2ac3a9684c2569660079de90?OpenDocument>

⁵⁸ New Zealand Ministry of Health, *The New Zealand Public Health and Disability Act 2000*, December 2000. <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/82f4780aa066f8d7cc2570bb006b5d4d/e65f72c8749e91e74c2569620000b7ce?OpenDocument>

⁵⁹ New Zealand Ministry of Health, *New Zealand Health Strategy – DHB Toolkits*, available at <http://www.newhealth.govt.nz/toolkits/Default.htm>

⁶⁰ New Zealand Ministry of Health, *The New Zealand Health Strategy*, Wellington, December 2000. <http://www.moh.govt.nz/nzhs.html>

- reducing the incidence and impact of diabetes
- improving oral health
- reducing violence in interpersonal relationships, families, schools and communities
- improving the health status of people with severe mental illness
- ensuring access to appropriate child health care services including well child and family health care and immunization.⁶¹

The Strategy provided a framework for the health sector to improve the overall health of New Zealanders and to reduce inequalities amongst New Zealanders, with a focus on Maori, Pacific peoples and low-income New Zealanders. In particular, it led to the implementation of the *He Korowai Oranga – Māori Health Strategy* and the *Pacific Health Action Plan*.⁶²

Perhaps more importantly, the *New Zealand Public Health and Disability Act* of 2000 also led to the creation of a Public Health Advisory Committee (PHAC). Reporting to the Minister of Health through the National Health Committee, the Committee's role is to provide independent advice on the factors influencing the health of people and communities and on the promotion and monitoring of population health. In the years following its creation, PHAC has become a strong advocate of a whole-of-government approach to population health, with particular emphasis on reducing health inequalities, improving Māori health, and fostering intersectoral collaboration.

In 2001, the national government launched *The New Zealand Disability Strategy*⁶³ involving inter-departmental action which promotes a more inclusive society. Its framework requires that government departments and agencies give consideration to disability issues in all Cabinet papers and policy development. Key departments and agencies must report annually on their progress in implementing the *New Zealand Disability Strategy*.⁶⁴

⁶¹ New Zealand Ministry of Health, *The New Zealand Health Strategy*, December 2000. <http://www.moh.govt.nz/nzhs.html>

⁶² New Zealand Ministry of Health, *He Korowai Oranga – Māori Health Strategy*, Wellington, November 2002. <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/7004be0c19a98f8a4c25692e007bf833/8221e7d1c52c9d2ccc256a37007467df?OpenDocument>; New Zealand Ministry of Health, *The Pacific Health and Disability Action Plan*, Wellington, February 2002. <http://www.moh.govt.nz/publications/pacificactionplan>

⁶³ New Zealand Ministry of Disability Issues, *The New Zealand Disability Strategy: Making a World of Difference*, Wellington, April 2001. <http://www.odi.govt.nz/publications/nzds/index.html>

⁶⁴ New Zealand Office for Disability Issues, *Work Plan 2007-2008 and Report on Progress 2006-2007*. <http://www.odi.govt.nz/nzds/work-plans/2007/index.html>

A year later, the national government released *Reducing Inequalities in Health*. This report set out a framework and enunciated principles to be used at the national, regional and local levels by policy-makers, as well as by service providers and community groups when taking action to reduce inequalities in health.⁶⁵ The report was directed specifically to the health/disability sector; however, it highlighted the importance of factors outside the direct control of that sector in affecting the health of the population. In particular, it noted that the Treasury, social welfare, education, housing and labour market sectors, in addition to local governments, could contribute significantly to the task of reducing inequalities in health. The framework targeted four approaches:

A year later, the national government released *Reducing Inequalities in Health*. This report set out a framework and enunciated principles to be used at the national, regional and local levels by policy-makers, as well as by service providers and community groups when taking action to reduce inequalities in health.

- **Structural:** initiatives attacking the root causes of health inequalities, that is the social, economic, cultural and historical factors fundamental to the determination of health. These include, for example, equitable access to education, labour markets, housing, and other social services.
- **Intermediary pathways:** targeting material, psychosocial and behavioural factors that mediate the impact of structural factors on health. Providing access to material resources, promoting healthy lifestyles, enhancing the physical and social environments are examples of approaches in this category (public housing, healthy cities, workplace interventions, community development programs, transportation policies and health protection).
- **Impact:** minimizing the impact of illness and disability through, for example, income support, disability allowances, accident compensation and antidiscrimination legislation.
- **Equitable access to health and disability services.**

In 2003, the national government released *Achieving Health for all People*, a detailed population health framework for the New Zealand Health Strategy.⁶⁶ It described areas for action by the Ministry of Health, other government and national policy-making agencies, DHBs, regional councils, educational institutions, non-governmental organizations, etc., under five broad objectives:

- Strengthen population health leadership at all levels and across all sectors;
- Encourage effective population health through public health services and action across the whole of the health sector;

⁶⁵ New Zealand Ministry of Health, *Reducing Inequalities in Health*, Wellington, September 2002.

<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/ea6005dc347e7bd44c2566a40079ae6f/523077dddeed012dce256c550003938b?OpenDocument>

⁶⁶ New Zealand Ministry of Health, *Achieving Health for all People : A Framework for Public Health Action for the New Zealand Health Strategy*, Wellington, October 2003. <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/2733?Open>

- Build healthy communities and healthy environments;
- Make better use of research and evaluation in developing population health policy and practice;
- Achieve measurable progress on population health outcomes.

In 2004, the PHAC released *A Way Forward: Public Policy and the Economic Determinants of Health*⁶⁷ that presented evidence of wide disparities in health among the people of New Zealand. It noted that policy interventions to address disparities in health are more likely to be successful if they focus on the socio-economic health gradient and employ a range of strategies with a mix of universal and targeted approaches. Moreover, it pointed out that intersectoral collaboration is essential to address the fundamental determinants of ill-health, the effectiveness of which must be assessed routinely through Health Impact Assessments (HIA). Accordingly, it recommended a whole-of-government approach to coordinating and monitoring policy aimed at the reduction in health disparities, beginning with reduction of child poverty.

In 2006, PHAC reported again to the Minister of Health – *Health is Everyone's Business*.⁶⁸ It recommended again a whole-of-government approach to improving the health of New Zealanders, stating that central and local government agencies must accept responsibility for the health-related outcomes of their actions. It also recommended the use of HIAs and the development of intersectoral mechanisms to coordinate collaborative action effectively at the national, regional and local levels.

The PHAC also emphasized that HIAs provide a way of systematically embedding consideration of the impacts of public policies on health and health inequalities into the routines of policy development across sectors. It recommended that the HIA process be formally recognized in public health legislation.^{69 70} The national government responded favourably to this recommendation in 2007 with the *Public Health Bill* which introduces into the public health legislation provisions relating to the use of health impact

⁶⁷ Public Health Advisory Committee. *The Health of People and Communities – A Way Forward: Public Policy and the Economic Determinants of Health*, Report to the New Zealand Minister of Health, Wellington, October 2004. <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-public-policy-economic-determinants?Open>

⁶⁸ Public Health Advisory Committee, *Health is Everyone's Business – Working Together for Health and Wellbeing*, Report to the New Zealand Minister of Health, Wellington, June 2006. <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-health-is-everyones-business?Open>

⁶⁹ Public Health Advisory Committee, *Health Impact Assessment – A Report on the Work of the Public Health Advisory Committee*, Report to the New Zealand Minister of Health, Wellington, August 2006. <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-hia-advice-to-minister>

⁷⁰ It is interesting to note that PHAC prepared a guide to HIA in 2004 and released a companion document in 2007: *A Guide to Health Impact Assessment: A Policy Tool for New Zealand*, 2nd Edition, Wellington, June 2005, <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-guide-hia-2nd>; *An Idea Whose Time Has Come – New Opportunities for Health Impact Assessment in New Zealand Public Policy and Planning*, Wellington, February 2007, <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-idea-whose-time-has-come>

assessments, provisions that are not mandatory but enabling, encouraging the use of HIA in the development of new policy proposals and/or in decision-making processes.⁷¹

4.4 Monitoring and Evaluation

Health status indicators and health inequalities are well documented in New Zealand. The Director-General of Health and the Minister report annually to Parliament, the former on the state of the nation's health and the Minister on progress toward implementing the *New Zealand Health Strategy*. These annual reports are based, to some extent, on information provided by DHBs as part of their standard reporting requirements on health targets.⁷²

Health status indicators and health inequalities are well documented in New Zealand.

The Minister for Disability Issues is also required to report annually to Parliament on the implementation of the *New Zealand Disability Strategy*. In 2006-2007, a total of 41 government departments and agencies participated in the reporting process.⁷³

In addition, the Minister responsible for Social Development and Employment publishes annually *The Social Report*. This presents a series of indicators of social and economic well-being covering 10 domains relevant to population health: health; knowledge and skills; paid work; economic standard of living; civil and political rights; cultural identity; leisure and recreation; physical environment; safety; and social connectedness.⁷⁴

While some limitations in current data collection methods and the quality of the available data on health and social well-being, are acknowledged, the data clearly demonstrate health inequalities in the following dimensions: socioeconomic position; ethnic identity; geographic place of residence; and gender.⁷⁵ On this basis, over the years PHAC has continued to advocate a broad population health approach, one that extends well beyond the role of the health sector to encompass all key government departments and agencies.

⁷¹ New Zealand Ministry of Health, *Summary of the Public Health Bill*, December 2007. <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/summary-public-health-bill>

⁷² Since the establishment of the *New Zealand Health Strategy*, the Minister of Health has tabled 6 reports to Parliament. These are available at <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/implementing-nz-health-strategy>

⁷³ The annual reports on implementation progress are prepared by the New Zealand Office of Disability Issues and are available at <http://www.odi.govt.nz/nzds/progress-reports/>.

⁷⁴ New Zealand Ministry of Social Development, *The Social Report 2007*, Wellington, 2007. <http://www.socialreport.msd.govt.nz/>

⁷⁵ New Zealand Ministry of Health, *Reducing Inequalities in Health*.

5.1 Main Findings

- Norway is a healthy nation with a long standing tradition as a comprehensive welfare state. Its international ranking for life expectancy has slipped, however, in recent years, a decline attributed to insufficient progress made to improve lifestyle choices (e.g. tobacco use, nutrition and physical activity).
- Initially, population health initiatives focussed on quality of life, placing the primary responsibility on individuals to improve their health status. Later a policy shift resulted in more balance between the personal responsibility of the individual for health and the community's role in making health-related choices easier and more attractive. Moreover, it is only recently that disparities in health have been addressed explicitly; previously the focus was on reducing poverty within vulnerable groups.
- In 2007, the Norwegian government tabled in Parliament a *National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health*, a White Paper considered as the health-related part of a broad governmental effort to promote greater equity in health. Its focus is on education, work and income and the department of health has overall responsibility for its implementation.
- The White Paper, along with other policies on *Work, Welfare and Inclusion*, the *Action Plan to Combat Poverty*, and *Early Intervention for Lifelong Learning*, constitute a comprehensive policy framework to improve the health of Norwegians and to reduce disparities. Population health is organized in a three tier system with the municipalities having the greatest role. Interdepartmental/intersectoral collaboration is an integral part of the population health approach in Norway.

5.2 Government Responsibility

Norway is a constitutional monarchy with a parliamentary form of government. Its Parliament, the Storting, consists of 165 representatives. There are three levels of government – national, the counties (19) and municipalities (434). Responsibility for population health is shared among all three levels. While the role of the national government is to determine broad population health policy, to prepare and oversee relevant legislation and to raise and allocate funds, the main responsibility for the provision of services and programs lies with the counties (regions) and the local municipalities.

- The **national government** is responsible for social insurance, social services and supports, specialized health services, specialized social services (institutions for child welfare and for drug/alcohol abuse), higher education/universities, labour market, refugees and immigrants, national road network, railways, agriculture, environment, justice, armed forces, and foreign policy.

- The **county authorities**' responsibilities include: dental care, secondary education, regional development, energy delivery, county roads and public transport, regional planning, business development, communications, and culture (museums, libraries, sports).
- The **municipalities** are responsible for health promotion, primary health care, care of the elderly, care of people with disabilities (including mental disabilities), nurseries/kindergartens, primary school education, social services (child welfare, social protection, drug/alcohol rehabilitation), water, local culture, local planning (land use) and infrastructure (local roads and harbours).⁷⁶

Municipalities raise most of their revenues from personal and corporate income and property taxes (43%). They can also charge user fees for their services. Counties can collect only income tax (which generates 42% of their revenues). The right of municipalities and counties to levy taxes is limited by maximum rates set annually by the Storting (currently, the rate is 13.2% for municipalities and 2.6% for counties). Both the municipalities and the counties receive general grants and specific grants from the national government. Transfers from the national government account for 34% and 47% of counties' and municipalities' revenues respectively.⁷⁷

5.3 Development of Population Health Policy

In 2007, the government tabled in the Storting a White Paper entitled *National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health*.⁷⁸ This document proposes an innovative ten-year plan to develop a national, cross-sectoral holistic approach to population health, the culmination of a commitment to improve the health of the population initiated some 20 years ago.

In 2007, the government tabled in the Storting a White Paper entitled National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health. This document proposes an innovative ten-year plan to develop a national, cross-sectoral holistic approach to population health, the culmination of a commitment to improve the health of the population initiated some 20 years ago.

In 1985, the Norwegian government endorsed the principles of the World Health Organization's Targets for Health for All and in 1987 published Health for All in Norway setting out 38 targets relating to lifestyle, health care and the environment. The same year, the government tabled a White Paper entitled *Health Policy Towards the Year 2000* that highlighted preventative health care as an important emerging field. This was followed in

⁷⁶ Ministry of Local Government and Regional Development, *Local Government in Norway*, Information Brochure, March 2007, <http://www.regjeringen.no/en/dep/krd/documents/handbooks/2004/Information-brochure-Local-government-in.html?id=88088>.

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ Norwegian Directorate for Health and Social Affairs, *National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health*, Report No. 20 (2006-2007) to the Storting, 9 February 2007, <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/regpubl/stmeld/2006-2007/Report-No-20-2006-2007-to-the-Storting.html?id=466505&epslanguage=EN-GB>

1991 by *More Good Years for All* which again emphasized the prevention of disease and injury. A White Paper, *Challenges in Health Promotion and Preventive Efforts*, was published subsequently (1993) highlighting the importance of intersectoral action in population health, health promotion and disease prevention. The focus was on psychosocial problems, musculo-skeletal disorders, accidents and injuries, asthma, allergies, and indoor environmental disease.⁷⁹ In 1997, *Use for Everyone – On the Strengthening of Municipal Public Health Work* was tabled in the Storting.⁸⁰ This report promoted a municipal approach and made clear the responsibility of local authorities for population health.

In 2003, the national government released another White Paper entitled *Prescriptions for a Healthier Norway*.⁸¹ The objective of the proposed policy was twofold: to improve healthy life expectancy for the population as a whole and to reduce health disparities among social classes, ethnic groups and genders. It identified four “prescriptions”: 1) make it easier for people to take responsibility for their own health; 2) build partnerships between the national government, county councils, municipalities, private voluntary organizations, universities, colleges, etc., to promote population health; 3) enhance prevention of disease and injury; and 4) increase new knowledge through research and the conduct of health impact assessments. Five specific areas of focus were highlighted: physical activity, nutrition, smoking, alcohol/drugs, and mental health.

Two years later, the government published its *Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health – The Challenge of the Gradient*.⁸² This was the first stage in an effort to prepare the ground for a national, cross-sectoral strategy to reduce disparities in health. It pointed out that improving the health of the population and ensuring that good health is more equitably distributed requires broad-based, population-oriented strategies, stating plainly that it is not sufficient to base efforts on a high risk strategy that only meets the needs of the poorest people.

In 2005, the government published its Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health – The Challenge of the Gradient. This was the first stage in an effort to prepare the ground for a national, cross-sectoral strategy to reduce disparities in health. It pointed out that improving the health of the population and ensuring that good health is more equitably distributed requires broad-based, population-oriented strategies, stating plainly that it is not sufficient to base efforts on a high risk strategy that only meets the needs of the poorest people.

⁷⁹ Iain K Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott and Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons*, Public Health Institute of Scotland, September 2003, <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>.

⁸⁰ Siri Petrine Hole, *Use for Everyone – On the Strengthening of Municipal Public Health Work*, Short Version of NOU 1998: 18 (I-0949 E), Ministry of Health and Care Services, Norway, May 1997, http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/rapporter_planer/rapporter/2000/Use-for-Everyone/1.html?id=420063.

⁸¹ Ministry of Social Affairs, *Prescriptions for a Healthier Norway – A Broad Policy for Public Health*, Norwegian Government, 2003.

⁸² Norwegian Directorate for Health and Social Affairs, *The Challenge of the Gradient – Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health*, June 2006, http://www.shdir.no/publikasjoner/rapporter/the_challenge_of_the_gradient_19679

This was followed in 2007 with the *National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health*. The current White Paper deals with the health-related component of a broad governmental effort aimed at greater equity in health with a focus on education, occupation and income. Four areas claim priority:

- reduce the social inequalities that contribute to inequalities in health (e.g., early childhood development, fair income distribution and equal opportunities for education and work). The government intends, for example, to monitor trends in income inequality and ensure a fairer distribution of income while maintaining the same aggregate in taxes and duties.
- reduce social inequalities in health behaviour (diet, physical activity, smoking, and other health behaviours) and the use of health services. Examples of initiatives include: health information and awareness campaigns, fresh fruits and vegetables and daily physical activity in schools, regulating advertising of unhealthy foods, ban smoking in bars, cafés and restaurants, restrictive alcohol policies, taxing unhealthy foods (sweet drinks), while de-taxing healthy foods (bottled water and juice), and reduced user charges for health services.
- implement targeted initiatives to promote social inclusion (to eliminate homelessness, enable more people to work, reduce the number of adults who leave school with poor basic skills, etc.).
- develop knowledge and cross-sectoral assessment tools. The government will monitor developments in the four priority areas by means of a new review and reporting system that provides a systematic, regularly updated overview of progress toward the reduction of social inequalities in health.

Other elements of the government's comprehensive strategy were enunciated in a series of reports to the Storting including: *Work, Welfare and Inclusion*,⁸³ *Action Plan to Combat Poverty*,⁸⁴ and *Early Intervention for Lifelong Learning*.

5.4 Implementation and Monitoring

The Ministry of Health has overall responsibility for the *National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health*. Responsibility for monitoring and reporting annually on population health indicators has been given to the Norwegian Institute of Public Health while the Research Council of Norway has the mandate of strengthening research in population health. Many other government departments are involved in this comprehensive approach to population health, including the Ministry of Children and

⁸³ Royal Norwegian Ministry of Labour and Social Inclusion, *Work, Welfare and Inclusion*, Report to the Storting No. 9 (2006–2007), November 2006, http://www.regjeringen.no/Upload/AID/vedlegg/stmeld_9_2006_english.pdf

⁸⁴ Ministry of Foreign Affairs, *Norway's Action Plan 2015 for Combating Poverty in the South – Executive Summary*, March 2002.

Family Affairs, the Ministry of Education, Research and Church Affairs, the Ministry of Transport and Communication.

Municipalities and counties, through their delivery of numerous programs and services, are key players under the new policy. The national government awards matching grants to those counties and municipalities that form partnerships to conduct their population health work and that imbed population health firmly in their planning systems.

CHAPTER 6: Sweden

6.1 Main Findings

- Sweden has a comprehensive, “whole-of-government” approach to population health. Its population health policy is enshrined in legislation – the *Public Health Objectives Act* of 2003 – Sweden’s first formal population health policy statement and one of the world’s first explicit strategies employing a determinants of health approach.
- The Act enumerates 11 objectives for population health and sets specific, measurable targets for each one. Meeting these 11 objectives involve some 50 government departments and agencies.
- The Act does not require government to restructure departments and agencies, but rather to achieve better coordination and greater efficiency among them to improve population health and reduce health disparities.
- The Minister for Public Health and Social Services heads a special national population health executive established to facilitate intersectoral collaboration.
- The Swedish National Institute of Public Health is required to monitor and report every four years on progress made toward the 11 objectives.
- It is too early to assess the impact of the Act of 2003, but clearly, it reflects a strong commitment, at the highest political levels, to an equity-oriented, intersectoral approach to population health.

6.2 Government Responsibility

Sweden is a constitutional monarchy. The chief of state and prime minister is elected by the Riksdag, the Swedish Parliament. Although Sweden has a unitary political system, it also is, in practice, highly decentralized – so much so that it resembles a federal system in many ways. As in Canada, population health in Sweden is a shared responsibility between the national and sub-national governments which, in Sweden, are 21 county councils and 290 municipalities. While the national government provides strong

national leadership and priority setting through legislation and regulations, county councils and municipalities play a strong role in the delivery of programs and services.

- The **national government** is responsible for public policy matters and legislation related to population health, including: health care and social affairs; income support; education; research; culture; agriculture; food and consumer affairs; employment; communications; sustainable development; and justice (including integration and gender equality).⁸⁵ In addition, the national government transfers funds to the county councils and municipalities to support population health. Some of these transfers are intended for general use, while others are for purposes specified by the national government.
- The **county councils** have full responsibility, subject to national legislation, for the management and delivery of programs and services to their residents. Key responsibilities include: primary care, hospital care, prescription drugs, dental care; public health, health promotion; disease prevention; public transport (in cooperation with municipalities); regional development; support for industry and commerce; culture; and tourism. County councils generate some 70% of their revenue from taxation applied to their residents; the remaining 30% is obtained through transfer payments from the national government and from fees charged for services and programs. County councils are made up of members elected every four years and constitute the most authoritative regional decision-making bodies; they administer matters that are too costly for the municipalities. The national government scrutinizes and supports the work of county councils through a system of supervisory authorities.⁸⁶
- **Municipalities** are responsible for governing and managing matters at a local level including: pre-schools, elementary and secondary schools; care of the elderly; assistance to disabled individuals; rescue services; water and waste; public libraries; public transport (in cooperation with county councils). They also grant various types of licences, such as planning permission or licences to sell alcohol on premises. In addition, they play an active role in promoting tourism, culture and entrepreneurship. The municipal councils are the highest decision-making body at the municipal level and are made up of politicians elected every four years. Like the county councils, municipalities can levy taxes on their residents that account for around 70% of a municipality's income; the remaining 30% is national government grants or direct fee-for-service charges. As with county councils, the national government scrutinizes and supports the municipalities work through a system of supervisory authorities.⁸⁷

⁸⁵ Government of Sweden, *Facts & Figures – Swedish Government Offices: Yearbook 2006*, 20 June 2007, <http://www.sweden.gov.se/sb/d/2013/a/84433>.

⁸⁶ Swedish Administrative Development Agency, *How the Public Sector Works*, 2006, http://www.sverige.se/sverige/templates/pagelist___9954.aspx.

⁸⁷ *Ibid.*

6.3 Development of Population Health Policy

In April 2003, the Riksdag passed a government-sponsored bill, the *Public Health Objectives Act*, which established a national comprehensive policy on population health. This constituted one of the world's first formalized "whole-of-government" approach to address the determinants of health.⁸⁸ This approach had been developed step by step over the previous 20 years.

In April 2003, the Swedish Parliament passed a government-sponsored bill, the Public Health Objectives Act, which established a national comprehensive policy on population health. This constituted one of the world's first formalized "whole-of-government" approach to address the determinants of health.

In the early 1980s, increasing political and scientific interest developed related to observed disparities in health status and their causes. The major source of inspiration was the United Kingdom's Black Report⁸⁹, which revealed substantial inequalities in health by occupational class, employment status, gender, area of residence, ethnic origin and housing tenure. These findings led the government of Sweden to study health disparities more systematically and a cross-national comparison showed that, while health inequalities also existed in Sweden, they appeared smaller than in the United Kingdom. Moreover, the explanations behind the British disparities were not convincing in the Swedish context, given its universal welfare system, low level of poverty, high standard of housing and low unemployment rate.⁹⁰

The Swedish government was eager to learn more about the causes of these disparities and in 1987, established an advisory body – the Public Health Group – with the mandate to examine this issue. In 1991 this group devised a comprehensive strategy for population health that did not lead, however, to a political platform for implementation. The Public Health Group's recommendation did lead, however, to establishment of the National Institute of Public Health in 1992, an organization that initiated a number of activities for health promotion and disease prevention at the national, county council, and municipal levels.

⁸⁸ Taylor & Francis Health Sciences, Chapter 2: The Public Health Objective Bill (Govt. Bill 2002/03:35) – Extended Summary, *Scandinavian Journal of Public Health*, 32 (Supplement 64), 2004, pp. 18-59, http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/supplement_2objectivebill0502.pdf.

⁸⁹ *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group* (Sir Douglas Black, Chair), United Kingdom Department of Health and Social Security, 1980. <http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm>

⁹⁰ Piroška Östlin and Finn Diderichsen, *Equity-Oriented National Strategy for Public Health in Sweden*, European Centre for Health Policy, World Health Organization, 2001, <http://www.who.int/hia/examples/development/whohia036/en/index.html>.

In 1997, the government appointed a National Public Health Commission with the mandate of defining national objectives on population health and strategies to achieve them. The Commission consisted of representatives of all seven political parties in Parliament and a number of scientific experts and advisers from national authorities, universities, trade unions and nongovernmental organizations.⁹¹ Its final

report, *Health on Equal Terms – National Goals for Public Health*, submitted in October 2000, contained 18 health policy objectives together with specific indicators to measure success in their implementation; the National Institute of Public Health was to be given the role of monitoring progress.

The National Institute of Public Health has the responsibility to monitor and report on progress made under the new population health policy. All the relevant government agencies must participate actively and assist with data collection, analysis, assessment and reporting and also pay their share of the costs.

In response, the government in December, 2002, tabled draft legislation covering 11 general objectives for population health, based to a large extent on those set by the National Public Health Commission. The Riksdag passed the *Public Health Objectives Act* in April 2003. Its goal was twofold: to create

social conditions which ensure good health for the entire population and to reduce the disparities in health among different population groups. This reflected the view of the national government that population health is very important for social development and that efforts to improve it should be an integral part of the work done to achieve sustainable growth, good social welfare and ecological sustainability throughout Sweden.

The goal of the 2003 Public Health Objectives Act was twofold: to create social conditions which ensure good health for the entire population and to reduce the disparities in health among different population groups.

The Act's 11 objectives are: participation and influence in society; economic and social security; secure and favourable conditions during childhood and adolescence; healthier working life; healthy and safe environments and products; health and medical care that more actively promotes good health; effective protection against communicable diseases; safe sexuality and good reproductive health; increased physical activity; good eating habits and safe food; reduced use of tobacco and

alcohol, a society free from illicit drugs and doping, and reduction in the harmful effects of excessive gambling. The first six objectives relate to structural factors, conditions in society and surroundings that can be influenced by moulding public opinion and by taking political decisions on different levels. The last five concern individual lifestyles which can also be influenced by the social environment.⁹²

The Public Health Objectives Act did not require government to restructure its departments and agencies, but rather to achieve better coordination and greater efficiency among its several programs designed to improve population health.

⁹¹ *Ibid.*

⁹² Swedish National Institute of Public Health, *Sweden's New Public Health Policy – National Public Health Objectives for Sweden*, 2003, http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/English/roll_eng.pdf.

Specific, measurable targets were established for each of the 11 objectives which involve some 50 government departments and agencies. The National Institute of Public Health monitors these national objectives and reports every fourth year on the progress toward achieving the 11 goals.

Note that these objectives were not necessarily new. In fact, several objectives well aligned with the goals of *Public Health Objectives Act* already existed in various public policy fields. When the Act was passed, it was the government's intention to adopt supplementary targets as needed. Moreover, the legislation did not require government to restructure its departments and agencies, but rather to achieve better coordination and greater efficiency among its several programs designed to improve population health.

The Public Health Objectives Act requires that, when departments draft proposals, the consequences for population health must be taken into consideration regardless of the policy area involved. Similarly, government departments and agencies must also consider the population health consequences of their every action.

It has been argued that the factors that facilitated the development and enactment of the national population health policy in Sweden included: a history of social democratic government; a strong relationship with the labour movement; a highly developed welfare system; a call from municipalities for national goals; involvement of politicians from across the political spectrum; strong civic literacy; a highly democratic process; a political commitment to equity; a high level oversight body; intersectoral goal setting; a strong evidence base; and, a preference for collective, systemic approaches.⁹³

Relative to other comparable countries, Sweden developed the basis for a coherent national population health policy at a relatively early stage. In the longer term, the fact that the international community and other countries are now increasingly reformulating public policies based on the determinants of health will be increasingly significant and will no doubt contribute to the legitimacy of Sweden's approach.

⁹³ Public Health Agency of Canada, *Crossing Sectors – Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health*, 2007, http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index_e.html.

6.4 Implementation of Population Health Policy

Political responsibility in Sweden for implementing its population health policy has been divided among different sectors in all levels of government, national departments and agencies, county councils and municipalities. The responsibility also extends to non-governmental organizations, trade unions and universities. It has been argued that the breadth of this approach is unique and offers a model for governing intersectoral action for population health.⁹⁴

Political responsibility in Sweden for implementing its population health policy has been divided among different sectors in all levels of government, national departments and agencies, county councils and municipalities. The responsibility also extends to non-governmental organizations, trade unions and universities. It has been argued that the breadth of this approach is unique and offers a model for governing intersectoral action for population health.

As mentioned previously, the *Public Health Objectives Act* does not require change in the distribution of responsibilities among departments and agencies with responsibilities and tasks related to the 11 objectives. It does require, however, that when departments draft proposals, the consequences for population health must be taken into consideration regardless of the policy area involved. Similarly, government departments and agencies must also consider the population health consequences of their every action. The National Institute of Public Health has the special responsibility to coordinate this work and supports the departments and agencies in their efforts.

The Act involves a large number of policy areas and, as a result, political responsibility is divided among different sectors and different levels in society. The Swedish government has acknowledged that some form of intersectoral political control should be exercised over population health policy and, to achieve this, has established a special national population health executive headed by the Minister for Public Health and Social Services. This executive, in which Ministers from other sectors also participate, oversees the ongoing implementation of population health goals that fall outside the health sector.⁹⁵

6.5 Monitoring and Evaluation of Legislation

To repeat, the National Institute of Public Health has the responsibility to monitor and report on progress made under the new population health policy. The Institute has worked in collaboration with the involved government departments and agencies, the Swedish Association of Local Authorities (representing municipalities) and the Federation of Swedish County Councils to determine which indicators and what statistics best measure the link between the determinants and their effects on the health of the population. All the relevant government agencies must participate actively and assist with data collection, analysis, assessment and reporting and also pay their share of the costs.

⁹⁴ *Ibid.*, p. 22.

⁹⁵ *Ibid.*

The Institute holds meetings with government departments and agencies, while its support to the municipalities and county councils has primarily been in the form of its participation in seminars, local and regional conferences and visits to municipalities as well as in the production of knowledge reviews and reports. This support has been provided with a view to helping these regional and local bodies to develop methods to assess the health consequences of activities within their own areas of activity. The Institute has also compiled what are known as the Basic Public Health Statistics for Local Authorities (BPHS), to help the municipalities plan and monitor their work in population health. The BPHS database contains population health-related data on all municipalities and the districts of the three main Swedish cities.

The National Institute of Public Health released its first evaluation report of the Public Health Objectives Act in 2005⁹⁶ indicating that the new policy seems to have a positive impact both on the general health of the population and on health disparities among different social groups. Because it is not yet clear, however, how well the policy addresses the needs of specific groups, the Institute has identified the need for more equity-sensitive indicators on health determinants that will demonstrate the effect of the policies on different subgroups; this will be an important next step in tackling health inequalities. It will take place in collaboration with Statistics Sweden, the National Board of Welfare and Health, and the Stockholm Centre for Health Equity Studies.⁹⁷

CHAPTER 7: Comparative Analysis

7.1 Introduction

The preceding chapters have described how population health policy has been developed, implemented and evaluated in selected countries. This chapter summarizes the lessons to be learned from reviewing and comparing these countries' policies and incorporating information gathered from the literature.⁹⁸

⁹⁶ Swedish National Institute of Public Health, *The 2005 Public Health Policy Report – Summary*, October 2005, <http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/r200544fhprsummary0511.pdf>.

⁹⁷ Caroline Costongs, Ingrid Stegeman, Sara Bensaude De Castro Freire and Simone Weyers, *Closing the Gap – Strategies for Action to Tackle Health Inequalities: Taking Action on Health Equity*, European Commission, May 2007, <http://www.health-inequalities.eu/?uid=2302287e264715c480d6449302b63587&id=Seite872>.

⁹⁸ More precisely, the literature reviewed include the following documents:

- Caroline Costongs, Sara Bensaude De Castro Freire and Simone Weyers, *Taking Action on Health Equity – Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities*, The European Commission, May 2007, <http://www.health-inequalities.eu/?uid=e786a37d3bb9fffc3aa378b481aaa3a&id=Seite872>
- Ken Judge, Stephen Platt, Caroline Costongs and Kasia Jurczak, *Health Inequalities: a Challenge for Europe*, European Commission, October 2005, http://www.eurohealthnet.eu/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=101&Itemid=137
- Iain K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliot and Hilary Wallace, *Policies to Reduce Inequalities in Health in 13 Countries*, Report no. 3: Review Group on International Public Health Policy, Scotland, March 2005. <http://www.healthscotland.com/documents/1094.aspx>

7.2 Shift in Public Policy Thinking and Action

Publication of the Black Report (1980) and the WHO Target for Health for All (1981), landmark documents, signalled a shift in the way public policymakers thought about and took action related to health. This shift took the concept of health beyond the treatment of disease to the prevention of illness and ultimately to what we now know as “population health”. Today, it is commonly recognized that health is influenced by a wide range of social, economic and environmental factors and that significant disparities in health are avoidable and as such, are unjust and unacceptable. Recent improvements in health have tended not to be equally distributed throughout the population; countries have identified increases in those disparities and worry that the gap between the most advantaged and the most deprived among their populations may widen even further as trends in the underlying socio-economic determinants of health continue.

Therefore strategies focusing on health disparities have been developed in a number of countries; England, Finland and New Zealand provide examples. But there have been substantial lags between the initial documentation of health disparities, the formulation of national policies to reduce them, and progress toward their reduction. Experts

There have been substantial lags between the initial documentation of health disparities, the formulation of national policies to reduce them, and progress toward their reduction. Experts in the field argue that it is time to move from describing the problem to implementing effective, systematic strategies and interventions to reduce health disparities.

in the field argue that it is time to move from describing the problem to implementing effective, systematic strategies and interventions to reduce health disparities.

Experts agree that there is no single right way to address health determinants and reduce health disparities. Although the governments of all the countries profiled subscribe to the equity principles and values underpinning health and express their intention to foster population health and reduce health disparities within

Recent improvements in health have tended not to be equally distributed throughout the population; countries have identified increases in those disparities and worry that the gap between the most advantaged and the most deprived among their populations may widen even further as trends in the underlying socio-economic determinants of health continue.

their jurisdiction, they differ in their approaches to the problem. Each country’s approach to population health depends on the historical development and current alignment of its political, economic, administrative and social structures, all of which affect both the kind

-
- Commission on Social Determinants of Health, *Action on the Social Determinants of Health: Learning From Previous Experiences*, World Health Organization, March 2005. http://www.who.int/social_determinants/resources/latest_publications/en/
 - Iain L. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott and Hilary Wallace, *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*, World Health Organization, 2005. http://www.who.int/social_determinants/resources/en/
 - Iain K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott and Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons*, A report to NHS Health Scotland, September 2003. <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>
-

and the scope of actions that can be taken. Therefore, the most effective policies and strategies differ from one jurisdiction to the other.

7.3 Goals, Objectives and Targets

Health goals, objectives and targets are essential components of population health policies. A set of goals, objectives and targets provides a useful framework to determine what data to collect, which indicators to measure, establish benchmarks, identify the areas on which to focus attention, and to monitor progress. Each country will differ, however, in the specification and number of goals, objectives and targets used.

In the countries we have profiled, some goals and targets focus on specific health outcomes dealing with, for example, mortality, morbidity and particular symptoms and/or conditions. The relative availability of relevant data and their obvious association with health make their choice straightforward. Other goals and targets selected deal with healthy behaviours or healthy environments, while a few focus on social supports, all of which require thinking beyond the superficial to understand fully their impact on health, both of individuals and of the population. As for disparities in health status, only few countries, like England and Sweden, have set targets aimed at reducing such disparities in specified geographical locations, or across employment status, gender, or ethnic lines.

The health status of Aboriginal populations tends to be markedly worse than the rest of the population. Australia and New Zealand pay specific attention to the health of Aboriginal peoples. New Zealand's Maori Health Strategy, for example, seeks to reduce health disparities between Maori and non-Maori peoples by taking a comprehensive approach to improving the determinants of health and addressing systemic barriers that discriminate against Aboriginals.

7.4 Monitoring, Evaluation and Research

A challenge all countries face is the shortage of evidence on the effectiveness of interventions to reduce disparities in health. In recognition, several governments have established national research programs; national institutes of public health monitor and report on population health in Norway, Sweden and Finland. Experts agree that it is essential to monitor and evaluate policies and strategies on a continual basis in order to generate evidence relating to the effectiveness of different approaches to reducing health disparities and enhance the health of the population.

Only a few countries, like England and Sweden, have set targets aimed at reducing health disparities in specified geographical locations, or across employment status, gender, or ethnic lines.

7.5 Role of the Health Sector and Others

The health sector has a crucial leadership role to play in recruiting and working in partnership with other actors from other sectors responsible for policies and programs with direct or indirect impacts on population health and health disparities.

The backing of finance departments is of particular importance to ensuring not only that adequate funds are available to support the implementation of strategies, but also in ensuring the compliance of other government departments with any health-based initiatives. When a Health Department seeks changes in other departments' policies or programs in order to improve health outcomes, resistance to "health imperialism" is frequently encountered. But when a central agency like Finance is taking the lead genuine cooperation is more easily forthcoming. In England, the role of the Treasury and its use of a cross-cutting spending review was seen as key to the implementation across government agencies and departments of policies to reduce health disparities.

The backing of finance departments is of particular importance to ensuring not only that adequate funds are available to support the implementation of strategies, but also in ensuring the compliance of other government departments with any health-based initiatives. In England, the role of the Treasury and its use of a cross-cutting spending review was seen as key to the implementation across government agencies and departments of policies to reduce health disparities.

7.6 Health Impact Assessment (HIA)

HIA practice is well developed in many of the countries covered in this review. HIAs are performed for a variety of reasons, including for example, addressing both the determinants of and inequalities in health, assessing the role that non-health sector policies have in promoting and protecting good health, and ensuring that health-related considerations are built into government-wide policy making. In some countries, like Sweden and New Zealand, public health legislation has been employed to embed HIA as an integral component of government processes. The UK government has often indicated its support of HIA, but to date there is no statutory requirement to apply HIA in England.

HIAs are performed for a variety of reasons, including for example, addressing both the determinants of and inequalities in health, assessing the role that non-health sector policies have in promoting and protecting good health, and ensuring that health-related considerations are built into government-wide policy making.

Our review suggests that HIA is facilitated when assistance in data collection, analysis and assessment is provided to national departments and agencies, local governments and organizations. The increasing demand for support in carrying out HIAs by other sectors, however, has created a need for skills development within health units to

enable them to respond effectively; lack of capacity and resources is frequently cited as a barrier to undertaking HIAs.

7.7 Regionalization

Some jurisdictions, like England, New Zealand and Sweden, have devolved the primary responsibility to reduce health inequalities to regional and local authorities, often putting them in charge of developing and implementing action plans to reduce health disparities. National standards and strategies are needed, however, to complement planning and program implementation at the regional and local levels and to provide authorities and stakeholders at all levels with the support needed to develop their capacities to address health inequalities in an effective and sustained manner.

7.8 Intersectoral Approach

A broadly recognized challenge for the development and implementation of population health policy is the active involvement of all relevant government departments. Ideally, a broad inter-departmental approach should be made simultaneously in a coordinated fashion to ensure that policy

A broadly recognized challenge for the development and implementation of population health policy is the active involvement of all relevant government departments. Ideally, a broad inter-departmental approach should be made simultaneously in a coordinated fashion to ensure that policy initiatives are implemented concurrently and act synergistically where and whenever possible.

initiatives are implemented concurrently and act synergistically where and whenever possible. This may sound self-evident and simple to do, but practically it is logistically difficult. With the notable exceptions of England (Cabinet Subcommittee) and Sweden (National Executive for Public Health) very few successful mechanisms to achieve interdepartmental coordination have been invented.

Intersectoral collaboration is further complicated in federal systems such as those in Australia and Canada, where different levels of government share closely interdependent but different responsibilities for the health of the population. Devolving responsibilities to regional or local authorities, as in Finland, where municipalities deliver social welfare, health care, education and cultural programming, compounds the challenge. Mechanisms for the effective coordination of intersectoral action at the local authority and community level have yet to be developed.

Another challenge for population health policy is to mobilize, in addition to government departments, the wide range of actors who have a direct influence on the lives and health of people in their widely differing circumstances – those in schools, the primary health care, the voluntary sector, anti-poverty groups, NGO's, employers, etc.; it is a long list. An inclusive policy development process helped ensure that opposition parties, the public and other stakeholders took ownership of Sweden's new approach through its research, consultation and implementation stages.

7.9 Government Intervention

Three different approaches have been taken by governments when tackling health disparities. The first is a comprehensive or “whole-of-government” policy as adopted in England. This addresses both the upstream determinants of health (e.g., income, education and employment) and those downstream (e.g. nutrition, exercise and smoking), while also targeting specific groups (defined by age, gender, income level and ethnicity). A high-level Cabinet committee oversees the implementation of population health policy and ministerial funding allocation formulas determine the allocation of resources among the various programs that focus on reducing health disparities.

In the second approach, population health policy emanates from the health department as in Finland, New Zealand, Norway and Sweden, where there are also separate policies on poverty, social inclusion and social justice, all of which relate directly to underlying causes of poor health (low income and unemployment, housing and homelessness, and social exclusion). Experts acknowledge that there is a need to integrate policies in all these areas. Unfortunately, the link between population health policy and poverty and social inclusion/justice policy is not as widely recognized as it should be.

In the third government approach, various interventions are implemented independently to reduce improve population health and reduce health disparities; there is no over-arching action plan. In this case, as in Australia, population health strategies, addressing disparities in health for specific topics (such as smoking and nutrition) or specific groups in society (such as the most disadvantaged), are implemented in many departments but with little or no coordination.

Although experts acknowledge that there is no single right way to reduce health disparities, they all agree that the more focused and integrated a pan-government strategy for action, the greater the probability that health outcomes will change in the desired direction. They also believe that policies to reduce health disparities and their implementation are likely to be more successful when coordinated strategically – in accordance with a clear action plan focused on specific targets within realistic timeframes – which can be implemented and monitored

7.10 Concluding Remarks

As shown with this review, population health policy in several countries to which Canada is often compared is in an active stage of development. Potentially, this offers us very valuable evidence-based information on public policy. It also suggests that there is momentum

There is momentum upon which to build to develop and implement made-in-Canada approaches to population health.

upon which to build to develop and implement made-in-Canada approaches to population health. A number of barriers and challenges must, however, be overcome.

A major difficulty affecting the implementation of population health policy is that responsibility for health is divided among governments, in our case between the federal government, the provincial and territorial governments, and municipal governments, as well as a myriad of private stakeholders, all of whom carry different levels of responsibility for some of the many and varied determinants of health. This requires the establishment of effective interdepartmental, intergovernmental and intersectoral mechanisms that to date have eluded discovery in Canada.

Political and societal commitment to tackling health disparities is essential. The broad public must perceive health disparities as a serious, even desperate problem and finding solutions to it must become imperative to politicians. It is important to use clear, easily understandable language to raise awareness and understanding in the public and to convince all relevant stakeholders of the need to address health disparities as the first significant step on the road to optimizing the health of the population.

Another challenge lies in the fact that interventions over the long-term are needed before changes in many of the fundamental determinants – education, early childhood education, income supports, public housing, etc. – before measurable improvements in health and reduction in health disparities take place. The timelines extend well beyond the political horizons of even the most far-sighted of governments. It is difficult to reorganize or reformulate population health policy in successive governments. Political consensus is crucial to the development of long-term policies and strategies for health.

Different approaches have been taken by governments when tackling health disparities. There is however no single right way to reduce health disparities, and experts agree that the more focused and integrated a pan-government strategy for action, the greater the probability that health outcomes will change in the desired direction.

Finally, once developed there must be sufficient financial and person-power capacity in place to implement population health policy at all targeted levels. Long-term interventions require sustained investment. Some realistic experts contend that it may not be feasible to develop and implement a coordinated set of policies affecting the health of the population simultaneously and argue that a step-by-step approach may be the best we can do.

APPENDIX 1 – WITNESS LIST

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
39th Parliament 1st Session			
World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health	The Honourable Monique Bégin, P.C., Commissioner	22-02-2007	1
Institute of Population Health	Ronald Labonté, Canada Research Chair in Globalization and Health Equity	28-02-2007	1
Provincial Health Services Authority, B.C.	Dr. John Millar, Executive Director, Population Health Surveillance and Disease Control	28-02-2007	1
School of Health Policy and Management - York University	Dennis Raphael, Professor	28-02-2007	1
Public Health Agency of Canada	Jim Ball, Director, Development and Partnerships Division, Strategic Policy Directorate, Strategic Policy, Communications and Corporate Services Branch	21-03-2007	2
Kunin-Lunenfield Applied Research Centre	Sholom Glouberman, Associate Scientist	21-03-2007	2
Public Health Agency of Canada	Maura Ricketts, Acting Director General, Office of Public Health Practice, Public Health Practice and Regional Operations Branch	21-03-2007	2
Public Health Agency of Canada	Dr. Sylvie Stachenko, Deputy Chief Public Officer, Health Promotion and Chronic Disease Prevention	21-03-2007	2
Statistics Canada	Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Analysis and Development	21-03-2007	2

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Institute of Population and Public Health	Dr. John Frank, Scientific Director of the Canadian Institutes of Health Research	28-03-2007	2
Global Health and Social Policy	Dr. Jody Heymann, Canada Research Chair in Global Health and Social Policy	28-03-2007	2
McGill University	Dr. John Lynch, Canada Research Chair in Population Health	28-03-2007	2
Public Health Agency of Canada	Jim Ball, Director, Development and Partnership Division, Strategic Policy Directorate	25-04-2007	3
Indian and Northern Affairs Canada	Marc Brooks, Director General, Community Development Branch, Socio-economic Policy and Regional Operations sector	25-04-2007	3
Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba	John O'Neil, Professor and Director	25-04-2007	3
Health Canada	Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch	25-04-2007	3
Institute of Aboriginal People's Health (IAPH) for the Canadian Institutes of Health Research (CIHR)	Dr Jeff Reading, directeur scientifique	25-04-2007	3
Research Faculty/Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit	Sylvia Abonyi, Canada Research Chair in Aboriginal Health	02-05-2007	3
National Aboriginal Health Organization (NAHO)	Mark Buell, Manager, Policy and Communication Unit	02-05-2007	3

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
University of British Columbia - Department of Psychology	Dr. Michael J. Chandler, University of British Columbia Professor and Distinguished Canadian Institutes for Health Research (CIHR) and Michael Smith Foundation for Health Research (MSFHR) Investigator	02-05-2007	3
National Aboriginal Health Organization (NAHO)	Carole L. Lafontaine, Acting Chief Executive Officer	02-05-2007	3
Toronto University	Dr. Kue Young, Professor, Department of Public Health Services	02-05-2007	3
Observatory on Ageing and Society (OAS)	Dr. André Davignon, Founder	16-05-2007	4
Nova Scotia Department of Health	Valerie J. White, directrice exécutive, secrétariat des aînés	16-05-2007	4
Public Health Agency of Canada - Division of Ageing and Seniors	Margaret Gillis, Director	16-05-2007	4
Canadian Association on Gerontology	Mark Rosenberg, Professor Queen's Université	16-05-2007	4
The CHILD Project	Dr. Hillel Goelman, Director, Senior Scholar, Human Early Learning Partnership (HELP)	30-05-2007	4
Canadian Institutes of Health Research	Dr. Michael Kramer, Scientific Director, Institute of Human Development, Child and Youth Health	30-05-2007	4
Council of Early Child Development	Stuart Shankar, Professor, President	30-05-2007	4
Manitoba Métis Foundation	Dr. Judy Bartlett, Director of Health and Wellness Department and Associate Professor, Department of Community Health Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba	31-05-2007	4

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Métis National Council	David Chartrand, Minister of Health	31-05-2007	4
Métis National Council	Marc LeClair, National Advisor to the Minister of Health	31-05-2007	4
Métis National Council	Rosemarie McPherson, National Spokesperson for Women of the Métis Nation	31-05-2007	4
BC Ministry of Health	Dr. Evan Adams Aboriginal Health Physician Advisor, Office of the Provincial Health Officer	01-06-2007	5
Manitoba Métis Foundation	Dr. Judy Bartlett, Director of Health and Wellness Department and Associate Professor, Department of Community Health Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba	01-06-2007	5
Institute of Aboriginal Peoples' Health	Laura Commanda, Assistant Director, Partnerships, Knowledge Translation and International Relations	01-06-2007	5
Pauktuutit Inuit Women of Canada	Jennifer Dickson, Executive Director	01-06-2007	5
Native Women's Association of Canada	Claudette Dumont-Smith, Senior Health Advisor	01-06-2007	5
Indigenous People's Health Research Centre	Willie Ermine, Professor, Writer - Ethicist	01-06-2007	5
Inuit Tapiriit Kanatami	Anna Fowler, Project Coordinator, Department of Health	01-06-2007	5
National Association of Friendship Centres	Alfred J. Guay, Policy Analyst	01-06-2007	5
Assembly of First Nations	Valerie Gideon, Director of Health and Social Development	01-06-2007	5

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
University of Alberta	Malcom King, Professor, Department of Medicine	01-06-2007	5
Aboriginal Nurses Association of Canada	Julie Lys, directrice, Region des Territoires du Nord-Ouest	01-06-2007	5
Toronto University	Chandrakant P. Shah, professeur émérite	01-06-2007	5
Congress of Aboriginal Peoples	Erin Wolski, coordonnatrice des programmes de politique sanitaire	01-06-2007	5
39th Parliament 2nd Session			
Ministry of Health and Social Affairs	Irene Nilsson-Carlsson, Deputy Director General, Public Health Division	22-11-2007	1
Swedish National Institute of Public Health	Dr. Gunnar Agren, Director General	22-11-2007	1
Karolinska Institute:	Dr. Pirooska Ostlin, Dept. of Public Health Sciences	22-11-2007	1
Swedish National Institute of Public Health	Bernt Lundgren, Public Health Policy Expert	22-11-2007	1
The Quaich Inc.	Patsy Beattie-Huggan, President	30-11-2007	1
McMaster University	John Eyles, Professor, School of Geography and Earth Sciences	30-11-2007	1
PEI Department of Health	Teresa Hennebery, Assistant Deputy Minister, Health Operations	30-11-2007	1
Group d'étude sur les politiques et la santé	France Gagnon, Professor and co-chair	05-12-2007	2
University of Montreal	Nicole Bernier, PhD, Assistant Professor	05-12-2007	2

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
U.K. Department of Health	Dr. Fiona Adshead, Director General of Health Improvement	11-12-2007	2
B.C. Interior Health Authority	Lex Baas, Director of Population Health	12-12-2007	2
University of British Columbia	James Frankish, Professor and Director	12-12-2007	2
Ontario Ministry of Health Promotion	Pegeen Walsh, Director, Chronic Disease Prevention	06-02-2008	3
Toronto Central Local Health Integration Network	Laura Pisko-Bezruchko, Senior Director, Planning	06-02-2008	3
University of Ottawa Heart Institute	Dr. Andrew Pipe, Medical Director, Prevention and Rehabilitation Centre	06-02-2008	3
Canadian Institute for Health Information	Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer	13-02-2008	3
Canadian Institute for Health Information	Keith Denny, Acting Manager	13-02-2008	3
University of Manitoba	Noralou Roos, Professor, Faculty of Medicine	13-02-2008	3

SENATE



SÉNAT

**POLITIQUES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION :
PERSPECTIVE INTERNATIONALE**

**Premier rapport du
Sous-comité sur la santé des populations du
Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie**

Président
L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-présidente
L'honorable Lucie Pépin

Février 2008

This document is available in English

Disponible sur l'internet Parlementaire:
www.parl.gc.ca
(Travaux des Comités – Sénat – Rapports)
39^e législature – 2^{ième} session

TABLE DES MATIÈRES

ORDRE DE RENVOI	i
MEMBRES	ii
RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION	7
CHAPITRE 1 : Australie	8
1.1 Principales constatations	8
1.2 Responsabilité des pouvoirs publics	9
1.3 Élaboration et mise en œuvre de la politique sur la santé de la population	10
1.4 Surveillance et évaluation	13
CHAPITRE 2 : Angleterre	14
2.1 Principales constatations	14
2.2 Responsabilité des pouvoirs publics	15
2.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population	16
2.4 Mise en œuvre	21
2.5 Surveillance et évaluation	21
CHAPITRE 3 : Finlande	22
3.1 Principales constatations	22
3.2 Responsabilité des pouvoirs publics	23
3.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population	24
3.4 Mise en œuvre	28
3.5 Surveillance et évaluation	29
CHAPITRE 4 : Nouvelle-Zélande	30
4.1 Principales constatations	30
4.2 Responsabilité des pouvoirs publics	30
4.3 Élaboration et mise en œuvre de la politique sur la santé de la population	31
4.4 Surveillance et évaluation	37
CHAPITRE 5 : Norvège	38
5.1 Principales constatations	38
5.2 Responsabilité des pouvoirs publics	38
5.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population	40
5.4 Mise en œuvre et surveillance	42
CHAPITRE 6 : Suède	43
6.1 Principales constatations	43
6.2 Responsabilité des pouvoirs publics	43
6.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population	45
6.4 Mise en œuvre de la politique sur la santé de la population	47
6.5 Surveillance et évaluation de la loi	48
CHAPITRE 7 : Analyse Comparative	49
7.1 Introduction	49

7.2 Virage dans la façon de penser et d’agir des décideurs.....	50
7.3 Buts, objectifs et cibles.....	51
7.4 Surveillance, évaluation et recherche.....	51
7.5 Rôle du secteur de la santé et d’autres intervenants	52
7.6 Étude d’impact sur la santé	52
7.7 Régionalisation	53
7.8 Approche intersectorielle	53
7.9 Intervention gouvernementale.....	54
7.10 Conclusion	55
ANNEXE 1 – LISTE DES TÉMOINS	57

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* le mardi 20 novembre 2007 :

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

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

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

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

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

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

Après débat, la motion mise aux voix, est adoptée.

MEMBRES

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude du Sous-comité sur la santé des populations concernant l'interpellation au sujet du *Politiques sur la santé de la population : perspective internationale*.

L'honorable Wilbert Joseph Keon, président du Comité

L'honorable Lucie Pépin, vice-présidente du Comité

Les honorables sénateurs:

Bert Brown

Catherine S. Callbeck

Ethel M. Cochrane

Joan Cook

Joyce Fairbairn, C.P.

Membres d'office du Comité:

Les honorables sénateurs : Hervieux-Payette, C.P. ou (Claudette Tardif) et Marjory LeBreton, C.P. ou (Gérald J. Comeau)

Autres sénateurs ayant participé de temps en temps à cette étude:

L'honorable sénateur Jim Munson

L'honorable sénateur Art Eggleton, P.C.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Le rapport présente une analyse des politiques gouvernementales destinées à promouvoir la santé de la population et à réduire les disparités en santé dans six pays : l'Australie, l'Angleterre, la Finlande, la Nouvelle-Zélande, la Norvège et la Suède.

AUSTRALIE

Le gouvernement central de l'Australie n'a pas encore établi de politique nationale sur la santé de la population. Par contre, quatre États (Nouvelle-Galles du Sud, Victoria, Australie-Méridionale et Tasmanie) ont pris des mesures concrètes pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en santé.

Le gouvernement central finance toutefois un certain nombre de projets et de programmes destinés à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population ou de groupes particuliers (notamment les aborigènes).

Il se montre prudent, car il estime que l'efficacité réelle des mesures visant à améliorer la santé générale de la population et à réduire les disparités en santé n'a pas été prouvée. Il ne préconise cependant pas l'inaction et s'est doté d'un programme prudent d'évaluation des mesures expérimentales.

Le régime fédéral australien est caractérisé par la tension dynamique qu'impliquent les relations intergouvernementales et par le degré de collaboration nécessaire entre les différents paliers de gouvernement. Dans les relations intergouvernementales, le financement et les compétences respectives font constamment l'objet de négociations. Cette situation pourrait avoir nui à l'élaboration et à la coordination d'une véritable politique nationale sur la santé de la population.

ANGLETERRE

L'Angleterre fait depuis longtemps œuvre de pionnière par son approche nationale de la santé de la population. C'est le premier pays, sinon le seul, qui a une politique pangouvernementale de réduction des disparités en santé et d'amélioration globale de la santé de la population.

Une nouvelle politique a été mise en place après un examen global réalisé en 2002 sous la direction du ministère des Finances, qui a permis de passer en revue l'ensemble des programmes gouvernementaux pour déterminer l'utilisation la plus efficace possible des fonds publics aux fins de la réduction des disparités en santé.

La politique est coordonnée par un sous-comité du Cabinet placé sous la direction du vice-premier ministre. Le secrétaire d'État à la Santé et le ministre de la Santé publique

sont les champions de la politique au sein du gouvernement. L'Unité des disparités en santé, créée au ministère de la Santé, encourage et coordonne les efforts du gouvernement central et collabore avec les autorités locales et les organisations non gouvernementales. Le ministère des Finances suit les progrès accomplis dans toute l'administration publique.

Des ententes locales de trois ans, définissant le cadre des relations entre le gouvernement central et les administrations locales, fixent des objectifs nationaux précis à atteindre au niveau local.

FINLANDE

Depuis 1987, la Finlande a une politique qui vise expressément l'amélioration de la santé de la population et la réduction des disparités en santé. Le pays dispose d'une solide base de connaissances découlant d'investissements de l'État dans la recherche sur la santé de la population et d'exigences législatives qui imposent la présentation au Parlement de rapports à ce sujet.

Préoccupé par les disparités croissantes en santé, le gouvernement finlandais élabore un plan d'action national visant à les réduire. Il sera intéressant d'examiner ce plan, que le gouvernement devait d'abord publier vers la fin de 2007.

Depuis 20 ans, le ministère de la Santé est responsable de la politique sur la santé de la population, même s'il est admis que de nombreux déterminants de la santé relèvent d'autres ministères. Ceux-ci sont parfois mentionnés dans les documents officiels, mais il ne semble pas y avoir de modalités de collaboration bien définies pour atteindre des buts communs.

La forte décentralisation du gouvernement finlandais nuit à la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population. Le gouvernement national assure le leadership dans tout le pays, mais la plupart des programmes et des services relèvent des municipalités. Les politiques élaborées à l'échelle nationale ne servent qu'à imprimer une orientation générale et ne comportent pas de directives exécutoires. Il est donc difficile de savoir si les municipalités finlandaises disposent de moyens suffisants pour relever les défis d'une approche globale de la santé de la population.

NOUVELLE-ZÉLANDE

La Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour la santé, adoptée en 2000, porte expressément sur les disparités et sur la santé de la population tout entière, mais sa mise en œuvre se limite aux mesures prises par le secteur de la santé.

Une attention spéciale est accordée aux Maoris, qui font l'objet de stratégies et de plans d'action établis sous l'angle de la santé de la population.

À la suite d'une restructuration, des organismes régionaux – les commissions de santé de district – se sont vu attribuer une responsabilité accrue à l'égard de la santé de la population et ont reçu le pouvoir de déterminer les priorités. Ces commissions sont tenues

par la loi de faire rapport au ministre de la Santé sur la mise en œuvre de la Stratégie et sur les progrès accomplis dans la réalisation des cibles fixées.

Le Comité consultatif de la santé publique cherche activement à faire en sorte que les mesures visant la santé de la population ne soient plus limitées au secteur de la santé, surtout grâce à l'utilisation des études d'impact sur la santé.

Des modifications aux lois sur la santé publique ont été déposées au Parlement à la fin de 2007 pour encourager l'utilisation des études d'impact sur la santé à l'échelle des ministères et des organismes gouvernementaux.

NORVÈGE

Au départ, les mesures de santé de la population en Norvège étaient surtout axées sur la qualité de vie, ce qui imposait à chacun la responsabilité première d'améliorer sa santé. Par la suite, une réorientation de la politique a donné lieu à un meilleur équilibre entre la responsabilité individuelle et le rôle de la collectivité pour ce qui est de rendre plus facile et plus attrayante l'adoption d'un mode de vie sain. La Norvège n'a commencé que récemment à s'attaquer aux disparités en santé; auparavant, l'accent était plutôt mis sur la réduction de la pauvreté chez les groupes vulnérables.

En 2007, le gouvernement norvégien a déposé au Parlement la Stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales en santé, livre blanc considéré comme le volet santé du vaste effort gouvernemental déployé pour accroître l'équité sociale. Le livre blanc met l'accent sur l'éducation, le travail et le revenu; la responsabilité générale de sa mise en œuvre relève du ministère de la Santé.

Ce livre blanc ainsi que la politique sur le travail, la protection sociale et l'inclusion, le plan d'action pour combattre la pauvreté et la politique sur l'intervention précoce pour l'apprentissage continu forment un train de mesures complet visant à améliorer la santé des Norvégiens et à réduire les disparités. Le système de santé de la population se répartit en trois niveaux; le rôle principal revient aux municipalités. La collaboration interministérielle et intersectorielle fait partie intégrante de l'approche adoptée en Norvège pour favoriser la santé de la population.

SUÈDE

La Suède a adopté une vaste approche « pangouvernementale » de la santé de la population, et sa politique en la matière jouit d'une assise législative, la Loi sur les objectifs de santé publique de 2003.

La Loi énonce 11 objectifs de santé de la population et établit des cibles spécifiques et mesurables pour chacun d'entre eux. La réalisation de ces objectifs met à contribution une cinquantaine de ministères et d'organismes.

La Loi n'oblige pas le gouvernement à restructurer les ministères et les organismes, mais fait plutôt en sorte qu'ils renforcent la coordination et l'efficacité de leurs programmes en vue d'améliorer la santé de la population et de réduire les disparités en santé.

Le ministre de la Santé publique et des Services sociaux dirige un organe exécutif national sur la santé de la population constitué tout spécialement pour faciliter la collaboration intersectorielle.

Le Swedish National Institute of Public Health est tenu de surveiller les progrès accomplis dans la réalisation des 11 objectifs et d'en faire rapport tous les quatre ans.

Il est trop tôt pour évaluer les effets de la Loi. Toutefois, celle-ci reflète manifestement la ferme volonté des plus hautes sphères politiques d'avoir une approche de la santé de la population qui soit intersectorielle et axée sur l'équité.

ANALYSE COMPARATIVE

De nets décalages ont été observés entre la constatation initiale des disparités, l'élaboration d'une politique nationale visant à les atténuer et la réalisation de progrès dans la réduction des disparités.

Il n'y a pas de moyen meilleur que les autres pour aborder les déterminants de la santé et réduire les disparités. La démarche de chaque pays dépend de l'évolution historique et du positionnement actuel de ses structures politiques, économiques, administratives et sociales, qui influent sur la nature et l'étendue des mesures possibles.

Les buts, les objectifs et les cibles en santé font partie intégrante des politiques sur la santé des populations. Chaque pays décide toutefois de la nature et du nombre des buts, des objectifs et des cibles à adopter.

Un défi auquel tous les pays sont confrontés est le manque de données sur l'efficacité des mesures prises pour réduire les disparités en santé. C'est pourquoi plusieurs gouvernements ont établi des programmes nationaux de recherche; d'autres demandent à des instituts nationaux de surveiller la santé de la population et d'en faire rapport.

Le secteur de la santé a un rôle de premier plan à jouer pour ce qui est de collaborer avec les intervenants d'autres secteurs responsables de politiques et de programmes qui ont un effet direct ou indirect sur la santé de la population et les disparités en santé. De plus, l'appui des ministères des Finances revêt une importance particulière, non seulement pour que la mise en œuvre des stratégies bénéficie d'un financement suffisant, mais aussi pour que les autres ministères adhèrent à toute initiative dans le domaine de la santé.

L'étude d'impact sur la santé est une pratique bien établie dans la plupart des pays visés par l'étude. Dans certains pays, la loi sur la santé publique a servi à intégrer les études d'impact dans les mécanismes gouvernementaux.

Un défi largement reconnu pour ceux qui veulent élaborer et mettre en œuvre une politique sur la santé de la population est l'active participation de tous les ministères concernés. La collaboration intersectorielle est encore plus compliquée dans les régimes où différents ordres de gouvernement se partagent des responsabilités étroitement

interdépendantes, mais différentes, concernant la santé de la population. Un autre défi consiste à mobiliser les nombreux acteurs qui influent directement sur la vie et la santé des gens : écoles, secteur des soins de santé primaires, secteur bénévole, groupes de lutte contre la pauvreté, ONG, employeurs, etc.

**POLITIQUES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION :
PERSPECTIVE INTERNATIONALE - RAPPORT DU SOUS-COMITÉ
SÉNATORIAL SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS**

INTRODUCTION

En février 2007, au cours de la 1^{re} session de la 39^e législature, le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a reçu du Sénat le mandat d'étudier, en vue d'en faire rapport, les multiples facteurs et situations – appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé – qui contribuent à la santé de la population canadienne. Le Sénat a renouvelé le mandat du Sous-comité en octobre 2007, au début de la 2^e session de la 39^e législature. Un des éléments centraux de l'étude consistait à déterminer les mesures que doit prendre le gouvernement fédéral pour mettre en œuvre des stratégies de promotion de la santé de la population.

Pour s'acquitter de son mandat aussi étendu que complexe, le Sous-comité a subdivisé son étude en deux phases. Le but de la première est de recueillir des renseignements sur l'élaboration et la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population dans différents pays. L'information découlant de cette phase se fonde pour l'essentiel sur de la documentation réunie par notre équipe de recherche et des consultants extérieurs ainsi que sur les témoignages reçus au cours d'audiences publiques du Sous-comité. La seconde phase de l'étude commencera par la publication d'un document sur les questions qui se posent et les options possibles, document qui servira de base à des audiences publiques et à des consultations partout dans le pays. Le processus de consultation s'étendra sur toute l'année 2008. Le Sous-comité s'attend à déposer un rapport final comprenant ses recommandations en décembre 2008.

Le présent document constitue le premier rapport de la première phase de l'étude. Il comprend une analyse des politiques gouvernementales destinées à promouvoir la santé de la population et à réduire les disparités en matière de santé dans un certain nombre de pays – l'Australie, l'Angleterre, la Finlande, la Nouvelle-Zélande, la Norvège et la Suède – choisis après des consultations avec des experts du domaine. Le document présente une description de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la politique relative à la santé de la population dans ces pays. Les renseignements sont tirés de sites Web gouvernementaux des pays concernés, d'un examen exhaustif de la documentation et de certains témoignages reçus au cours des audiences publiques du Sous-comité. Même si l'information que nous présentons se limite à six pays, elle constitue un bon échantillon de la masse de renseignements disponibles sur l'élaboration de la politique sur la santé de la population. Nous croyons qu'il y a beaucoup de leçons à tirer d'une étude et d'une comparaison soigneuses des politiques des pays choisis.

Le rapport se compose de sept chapitres. Les chapitres 1 à 6 décrivent les principales caractéristiques et particularités de la politique sur la santé de la population de chacun des pays étudiés. Ces chapitres présentent tous l'information sous les mêmes grands titres : principales constatations, responsabilité des pouvoirs publics en matière de santé de la population, élaboration et mise en œuvre de la politique sur la santé de la

population, surveillance et évaluation. Enfin, le chapitre 7 présente un examen comparatif des politiques des pays étudiés.

CHAPITRE 1 : Australie

1.1 Principales constatations

- Même si de nombreux documents de stratégie publiés dans les 20 dernières années recommandent l'adoption d'une politique de promotion de la santé de la population, l'Australie n'a ni une politique nationale sur la santé de la population ni une approche pangouvernementale explicite du gouvernement (national) du Commonwealth visant à réduire les disparités en santé.
- Le gouvernement du Commonwealth finance cependant un certain nombre de projets et de programmes destinés à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population ou de groupes particuliers (notamment les aborigènes).
- C'est le secteur australien de la santé qui réclame le plus énergiquement des mesures pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en santé.
- Contrairement au gouvernement du Commonwealth, quatre États australiens (Nouvelle-Galles du Sud, Victoria, Australie-Méridionale et Tasmanie) ont pris des mesures concrètes pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en santé aussi bien au niveau du gouvernement qu'à celui du ministère de la Santé de l'État.
- Les experts réclament une politique nationale explicite destinée à favoriser une action globale concertée dans l'ensemble du pays.
- Le gouvernement australien se montre prudent, estimant qu'il n'a pas été prouvé que les mesures visant à améliorer la santé générale de la population et à réduire les disparités en santé sont vraiment efficaces. Il ne préconise cependant pas l'inaction et s'est doté d'un programme prudent d'évaluation des mesures expérimentales. Le gouvernement du Commonwealth s'est engagé à recueillir des données concrètes en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques efficaces en matière de santé de la population. À cette fin, il compte créer d'importantes bases de données, mener des recherches concertées sur les inégalités en santé et établir un cadre d'évaluation des impacts sur la santé.
- Le régime fédéral australien est caractérisé par la tension dynamique qu'impliquent les relations intergouvernementales et par le degré de collaboration nécessaire entre les différents paliers de gouvernement. Le gouvernement du Commonwealth perçoit la plupart des impôts, tandis que les États et les Territoires s'occupent de l'essentiel de l'administration des programmes et des services. Les responsabilités financières et fonctionnelles

sont réparties. Par conséquent, le financement et les compétences respectives font constamment l'objet de négociations. Cette situation pourrait avoir nui à l'élaboration et à la coordination d'une véritable politique nationale sur la santé de la population.

1.2 Responsabilité des pouvoirs publics¹

Dans le régime fédéral australien, la santé de la population est, comme au Canada, une responsabilité partagée entre le gouvernement du Commonwealth et les gouvernements des six États et des deux Territoires. Le gouvernement national joue cependant un plus grand rôle dans ce domaine qu'au Canada. Chez nous, les provinces ont à cet égard une bien plus grande marge de manœuvre financière que le gouvernement fédéral, tandis que les États et les Territoires australiens dépendent largement du gouvernement du Commonwealth pour le financement des politiques. Tout comme au Canada, les administrations locales (municipalités) jouent un rôle relativement modeste dans ce domaine.

- Le **gouvernement du Commonwealth** établit les politiques publiques à l'échelle nationale. Il s'occupe des affaires nationales et perçoit environ 80 p. 100 des recettes fiscales. Il joue en outre un rôle de premier plan dans l'élaboration de la politique de la santé, particulièrement en ce qui a trait aux questions d'intérêt national telles que la santé publique, les soins de santé, la recherche et la gestion de l'information nationale. Les responsabilités du gouvernement du Commonwealth comprennent en outre l'aide sociale et d'autres prestations ainsi que le mariage, l'immigration, le commerce extérieur, la monnaie, les brevets, la défense et les télécommunications.
- Les **gouvernements des États et des Territoires** ont la responsabilité première de la gestion et de la prestation des services et des programmes dans les secteurs suivants : surveillance épidémiologique, promotion de la santé, éducation, culture, services d'urgence, salubrité de l'environnement, justice, transports, emploi, agriculture, propriété et logement.
- Les **administrations locales (municipalités)** sont chargées des questions de santé qui concernent leur district. Leurs pouvoirs et responsabilités diffèrent d'un État et d'un Territoire à l'autre mais, d'une manière générale, elles ont la charge de la promotion de la santé, des programmes de prévention des maladies (immunisation, par exemple), des services de salubrité de l'environnement (assainissement et hygiène, entre autres), de la planification urbaine, de l'approbation des permis de construction, des routes locales, du stationnement, des bibliothèques publiques et des établissements communautaires.

¹ National Public Health Partnership, *Public Health in Australia*, 1998, <http://www.nphp.gov.au/publications/broch/contents.htm>.

1.3 Élaboration et mise en œuvre de la politique sur la santé de la population

L'élaboration de la politique australienne sur la santé de la population a commencé en 1981 lorsque l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié sa *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*². En réponse à cet appel invitant les États membres de l'OMS à élaborer des politiques, des stratégies et des plans d'action nationaux pour améliorer la santé et évaluer les progrès accomplis en fonction de cibles précises, le gouvernement du Commonwealth a créé en 1985 la Commission pour une meilleure santé. La Commission a été chargée de produire un rapport sur l'état de santé de la population australienne et de recommander des politiques et des stratégies nationales de promotion de la santé, de prévention des maladies et d'amélioration générale de la santé de la population. Elle a publié en 1986 un rapport en trois volumes intitulé *Looking Forward to Better Health*³, dans lequel elle recommandait notamment de concentrer les grandes activités de prévention sur les maladies cardiovasculaires, l'alimentation et les blessures.

En 1987, le Conseil consultatif australien des ministres de la Santé ou AHMAC⁴ a créé le Comité des cibles et de la mise en œuvre en santé (HTIC), qui avait pour mandat de formuler des avis sur la mise en œuvre des recommandations de la Commission pour une meilleure santé. En 1988, le HTIC a publié le rapport *Health for All Australians* qui, pour la première fois dans le pays, énonçait 20 buts et 65 cibles, avec des estimations complètes des coûts correspondants, dans trois grands domaines : groupes de la population (personnes défavorisées sur le plan socioéconomique, aborigènes, enfants, femmes, etc.), principales causes de décès prématuré (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète, etc.) et grands facteurs de risque (alcool et drogue, tabagisme, alimentation, activité physique, etc.)⁵. Le rapport énumérait en outre cinq domaines prioritaires de prévention : amélioration du régime alimentaire, hypertension, prévention des blessures, cancers évitables et santé des aînés.

En 1988, le Comité des cibles et de la mise en œuvre en santé a publié le rapport *Health for All Australians* qui, pour la première fois dans le pays, énonçait 20 buts et 65 cibles, avec des estimations complètes des coûts correspondants, dans trois grands domaines : groupes de la population, principales causes de décès prématuré et grands facteurs de risque.

En 1988, l'Australie a mis sur pied le Programme national pour une meilleure santé (NBHP) pour superviser la mise en œuvre des stratégies présentées dans le rapport du HTIC. Quatre ans plus tard, un examen du programme a révélé que, malgré les

² Organisation mondiale de la santé, *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, Genève, 1981.

³ Better Health Commission, *Looking Forward to Better Health*, Canberra, 1986.

⁴ L'AHMAC est formé du dirigeant (et d'un autre haut fonctionnaire) des autorités sanitaires du gouvernement australien, des États et Territoires de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du ministère australien des Anciens combattants. Il a pour mandat d'assurer un appui efficace et efficient à la Conférence des ministres de la Santé de l'Australie.

⁵ Health Targets and Implementation Committee, *Health for All Australians*, Report to the Australian Health Ministers' Advisory Council and the Australian Health Ministers' Conference, Canberra, 1988.

progrès réalisés à certains égards, les approches adoptées pour atteindre les objectifs et les cibles du rapport *Health for All Australians* étaient insuffisantes, le NBHP étant essentiellement perçu comme une démarche de promotion de la santé. Le rapport d'examen recommandait une révision des objectifs et cibles dans le but d'influencer les décisions relatives aux politiques visant les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

À la suite de cet examen, le gouvernement du Commonwealth a commandé une étude à des professeurs du département de santé publique de l'Université de Sydney. Le rapport de l'étude, intitulé *Goals and Targets for Australia's Health in the Year 2000 and Beyond*, a paru en 1993⁶. Les auteurs y ont révisé les buts et les cibles du rapport *Health for All Australians* dans quatre grands domaines : 1) mortalité, morbidité et qualité de vie; 2) modes de vie sains et facteurs de risque; 3) sensibilisation à la santé et préparation à la vie active; 4) environnements sains. Ils proposent une conception plus large de la santé que celle mise de l'avant dans les rapports antérieurs et énoncent plus de 100 buts et 600 cibles précises. Le rapport présente aussi des conseils sur la mise en œuvre des politiques, y compris la désignation d'organismes devant diriger les activités prioritaires et la création d'un programme d'évaluation des progrès réalisés.

Les ministres de la Santé d'Australie ont approuvé les buts et cibles énoncés dans le rapport et ont formé un groupe de travail conjoint chargé de désigner les domaines prioritaires nationaux dans lesquels l'action initiale serait concentrée. Le groupe de travail, dont les membres ont été recrutés au sein de l'AHMAC et du Conseil national de la recherche médicale, a proposé d'accorder la priorité aux

Les ministres de la Santé de l'Australie ont lancé en 1996 l'Initiative des secteurs prioritaires nationaux en santé, qui a mis en évidence le besoin d'une approche nationale de la santé de la population. Répondant aux préoccupations suscitées par le manque de coordination des efforts déployés dans ce domaine en Australie, l'Initiative représente une démarche de collaboration entre les administrations du Commonwealth, des États et des Territoires chargées d'encadrer et de coordonner les mesures de santé de la population.

quatre secteurs suivants de la santé : 1) maladies cardiovasculaires, 2) cancer, 3) blessures, 4) santé mentale. Des groupes ont été créés pour mettre en œuvre les recommandations formulées dans chacun de ces secteurs.

Le rapport *Better Health Outcomes for Australians*, publié en 1994, rend compte du travail accompli par les quatre groupes de mise en œuvre. Il définit un certain nombre de buts, stratégies et indicateurs pour les quatre secteurs prioritaires de la santé. Après la publication du rapport, l'AHMAC a créé un Comité de surveillance des résultats en santé. Celui-ci a procédé, un an plus tard, à un examen du processus d'établissement des buts et cibles nationaux qui a révélé un certain nombre de problèmes : a) la complexité des buts et cibles, b) la multiplicité des indicateurs (plus de 140 pour les quatre secteurs prioritaires) et c) l'absence de critères nationaux en matière de présentation de rapports⁷.

⁶ D. Nutman, M. Wise, A. Bauman, E. Harris et S. Leeder, *Goals and Targets for Australia's Health in the Year 2000 and Beyond*, ministère de la Santé, du Logement et des Services communautaires, 1993.

⁷ Rebecca Mitchell et Rod McClure, « The Development of National Injury Prevention Policy in the Australian Health Sector and the Unmet Challenges of Participation and Implementation », *Australia*

Après cet examen, les ministres de la Santé de l'Australie ont lancé en 1996 l'Initiative des secteurs prioritaires nationaux en santé, qui a mis en évidence le besoin d'une approche nationale de la santé de la population. Répondant aux préoccupations suscitées par le manque de coordination des efforts déployés dans ce domaine en Australie, l'Initiative représente une démarche de collaboration entre les administrations du Commonwealth, des États et des Territoires chargées d'encadrer et de coordonner les mesures de santé de la population. Le Conseil national des interventions prioritaires en santé est responsable de la surveillance de l'Initiative. Les maladies et les troubles visés par le processus avaient été choisis parce que les responsables estimaient qu'ils constituaient les domaines dans lesquels il était possible de réaliser les plus grandes améliorations de l'état de santé de la population. Au départ, les quatre secteurs prioritaires choisis comprenaient le cancer, les maladies cardio-vasculaires, la prévention des blessures et la santé mentale. Par la suite, d'autres secteurs ont été ajoutés à la liste des priorités : le diabète en 1997, l'asthme en 1999 et l'arthrite et les maladies musculo-squelettiques en 2002. Dans l'ensemble, on estime que ces sept secteurs prioritaires représentent près de 80 p. 100 du fardeau total lié aux maladies et aux blessures en Australie.

Il y a lieu de noter qu'en sus de ces secteurs prioritaires nationaux, l'Australie s'est dotée de stratégies visant plusieurs domaines particuliers de la santé comme les toxicomanies, le tabagisme, le VIH/sida, l'alcoolisme et l'échange d'aiguilles et de seringues⁸.

En 1996, les ministres de la Santé de l'Australie ont établi le Partenariat national pour la santé publique dans le cadre d'une nouvelle tentative de mettre au point une approche nationale concertée plus efficace de la santé publique, de la prévention de la maladie et de la santé de la population. En 2006, le Partenariat a été remplacé par deux comités rattachés à l'AHMAC. Le Comité de protection de la santé s'occupe de la santé publique, de la protection de la santé et de la gestion des crises sanitaires tandis que le Comité principal d'élaboration de la politique sur la santé de la population coordonne l'effort national devant aboutir à une stratégie intégrée de la santé comprenant la prévention primaire et secondaire, les soins primaires, le traitement des maladies chroniques ainsi que la santé et le bien-être des enfants⁹.

Bref, en dépit des nombreux comités créés, des documents publiés et des examens réalisés, peu de progrès ont été enregistrés au chapitre de la mise en œuvre d'une approche nationale de la santé de la population au cours des 20 dernières années. Il ressort cependant d'une étude récente que quatre États (Nouvelle-Galles du Sud, Victoria, Australie-Méridionale et Tasmanie) se sont expressément engagés à améliorer la santé de

and *New Zealand Health Policy*, vol. 3, n° 11, octobre 2006, <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1635714>.

⁸ K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott et Hilary Wallace, *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*, Organisation mondiale de la santé, 2005.

⁹ National Public Health Partnership, <http://www.nphp.gov.au>.

la population et à réduire les disparités en santé¹⁰. En particulier, la Nouvelle-Galles du Sud s'est dotée de l'éventail le plus complet de soutiens structurels pour favoriser l'équité en santé, comme en témoignent les engagements pris par l'État dans son récent rapport intitulé *In All Fairness*. Toutefois, comme le ministère de la Santé de l'État est seul responsable de la mise en œuvre de la nouvelle politique d'équité en santé, celle-ci ne peut pas être assimilée à une approche pangouvernementale de la santé de la population, son application dépendant exclusivement de la contribution du secteur de la santé¹¹.

1.4 Surveillance et évaluation

L'Australie possède une excellente base de connaissances sur la santé de la population et les disparités en santé. Depuis 1990, année de publication de son premier atlas de santé sociale, elle fait œuvre de pionnière dans le domaine des bases de données sur la santé de la population. Le gouvernement du Commonwealth a en outre établi en 1998 la Collaboration nationale pour la recherche sur les disparités en santé afin de développer les

L'Australie possède une excellente base de connaissances sur la santé de la population et les disparités en santé. Depuis 1990, année de la publication de son premier atlas de santé sociale, elle fait œuvre de pionnière dans le domaine des bases de données sur la santé de la population. Le gouvernement du Commonwealth a en outre établi en 1998 la Collaboration nationale pour la recherche sur les disparités en santé afin de développer les connaissances relatives aux causes de ces disparités et aux moyens de les combattre et de favoriser les mesures fondées sur des données probantes destinées à réduire les inégalités en Australie.

connaissances relatives aux causes de ces disparités et aux moyens de les combattre et de favoriser les mesures fondées sur des données probantes destinées à réduire les inégalités en Australie. L'organisme a été dissous en 2004 et son mandat a été confié au Conseil national de la recherche médicale. Trois réseaux de recherche ont été créés sous les auspices du Conseil pour s'occuper des domaines suivants : 1) enfants, adolescents et familles, 2) collectivités durables et 3) soins primaires. De plus, l'Institut australien de la santé et du bien-être social a produit des données récentes sur les disparités en santé. D'après les experts, l'Australie possède une solide base de connaissances sur laquelle elle peut fonder son action¹².

¹⁰ Lareen Newman, Fran Braum et Elizabeth Harris, « Federal, State and Territory Government Responses to Health Inequities and the Social Determinants of Health in Australia », *Health Promotion Journal of Australia*, vol. 17, n° 3, 2006, p. 217-225.

¹¹ Department of Health (New South Wales Government), *In All Fairness: Increasing Equity in Health Across NSW*, 17 mai 2004, <http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2004/fairness.html>.

¹² Fran Baum et Sarah Simpson, « Building Healthy and Equitable Societies: What Australia Can Contribute to and Learn from the Commission on Social Determinants of Health », *Health Promotion Journal of Australia*, vol. 17, n° 3, 2006.

Le gouvernement du Commonwealth a également défini, en collaboration avec des chercheurs, un cadre pour les études d'impact sur la santé axé sur l'équité, à des fins d'élaboration de politiques. Le cadre définit une approche structurée permettant de tenir compte systématiquement de l'équité à chaque étape de l'étude d'impact des projets de politique¹³.

Le gouvernement du Commonwealth a également défini, en collaboration avec des chercheurs, un cadre pour les études d'impact sur la santé axé sur l'équité, à des fins d'élaboration de politiques. Le cadre définit une approche structurée permettant de tenir compte systématiquement de l'équité à chaque étape de l'étude d'impact des projets de politique.

CHAPITRE 2 : Angleterre

2.1 Principales constatations

- L'Angleterre fait depuis longtemps œuvre de pionnière par son approche nationale de la santé de la population. C'est le premier pays, sinon le seul, qui a une politique pangouvernementale de réduction des disparités en santé et d'amélioration globale de la santé de la population.
- Une nouvelle politique a été mise en place après un examen global réalisé en 2002 sous la direction du ministère des Finances, qui a permis de passer en revue l'ensemble des programmes gouvernementaux pour déterminer de quelle façon utiliser les dépenses publiques le plus efficacement possible afin de réduire les disparités en santé.
- Les détails de la politique britannique sur la santé de la population ont été présentés en 2003 dans le rapport *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*, qui proposait un programme ambitieux s'étendant à tous les ministères et organismes publics du pays.
- Dans le cadre de ce programme, l'Angleterre s'est fixé des cibles nationales de réduction des disparités en matière de mortalité infantile et d'espérance de vie à la naissance allant jusqu'à 2010. Un ensemble de 12 indicateurs nationaux a en même temps été établi à l'appui des cibles de 2010. Avec des variables substitutives à court terme représentant les tendances à long terme des disparités en santé, ces indicateurs forment la base des rapports régulièrement produits par le gouvernement sur les progrès réalisés.
- Au niveau national, le programme est coordonné par un sous-comité du Cabinet placé sous la direction du vice-premier ministre. Le secrétaire d'État à la Santé et

¹³ Mary Mahoney, Sarah Tompson, Elizabeth Harris, Rosemary Aldrich et Jenny Stewart Williams, *Equity-Focused Health Impact Assessment Framework, Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment*, août 2004.

le ministre de la Santé publique sont les champions de la politique au sein du gouvernement. L'Unité des disparités en santé, créée au ministère de la Santé, encourage et coordonne les efforts du gouvernement central et collabore avec les autorités locales et les organisations non gouvernementales. Le ministère des Finances suit les progrès accomplis dans toute l'administration publique.

- Des ententes locales de trois ans, définissant le cadre des relations entre le gouvernement central et les administrations locales, fixent des objectifs nationaux précis à atteindre au niveau local.
- Jusqu'ici, peu de progrès ont été réalisés en vue d'atteindre les cibles nationales de 2010. Les responsables admettent volontiers que l'inversion des tendances à l'inégalité en santé nécessitera un effort soutenu à long terme tant à l'échelle nationale qu'au niveau local.
- L'Angleterre est également couverte par le Plan d'action national du Royaume-Uni pour l'inclusion sociale, dont le but est de combattre l'exclusion sociale et la pauvreté. Nous n'avons pas réussi à déterminer de quelle façon ce plan d'action est coordonné avec les efforts actuels de réduction des disparités en santé.

2.2 Responsabilité des pouvoirs publics

L'Angleterre fait partie du Royaume-Uni, avec l'Écosse, le pays de Galles et l'Irlande du Nord. Les quatre parties du pays sont soumises à l'autorité législative du Parlement britannique, bien qu'il y ait eu une cession partielle de pouvoirs à l'Irlande du Nord, à l'Écosse et au pays de Galles grâce au rétablissement de leurs assemblées législatives. Par contre, l'Angleterre n'a aucun corps législatif distinct à part le Parlement britannique. La nature centralisée du Royaume-Uni, monarchie constitutionnelle et État unitaire, se reflète dans la structure de la politique publique anglaise :

L'Angleterre fait depuis longtemps œuvre de pionnière dans le domaine de la santé de la population et constitue le premier, sinon le seul, pays du monde qui a une politique pangouvernementale de réduction des disparités en santé et d'amélioration globale de la santé de la population.

- Le **gouvernement central (R.-U.)** est responsable d'une vaste gamme de questions d'intérêt public et de mesures législatives liées à la santé de la population, y compris les soins de santé, les services sociaux, le soutien du revenu, l'éducation, l'agriculture, les transports, les affaires, etc.
- Les 9 **bureaux régionaux du gouvernement (GOR)** de l'Angleterre sont des entités régionales représentant 11 ministères britanniques : Cabinet; Administration locale; Entreprises et réforme réglementaire; Enfants, écoles et familles; Culture, médias et sports; Environnement, alimentation et affaires rurales; Travail et pensions; Transports; Santé; Justice; Intérieur. Les bureaux régionaux s'occupent de la prestation de services qui influent sur la santé de la population, par exemple la revitalisation des collectivités, la lutte contre la

criminalité, les besoins en logement, l'amélioration de la santé publique, le relèvement des normes d'éducation et de formation professionnelle, les questions rurales et la réduction du chômage¹⁴.

- Les **autorités locales**, les **districts de comté** et les **arrondissements de Londres** ont différents degrés d'autonomie dans certains domaines de la politique sur la santé de la population.

Les efforts déployés pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en santé en Angleterre s'étendent aux deux paliers de gouvernement, le gouvernement central cédant de plus en plus de pouvoirs aux bureaux régionaux et aux autorités locales.

2.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population

Comme nous l'avons noté ci-dessus, l'Angleterre fait depuis longtemps œuvre de pionnière dans le domaine de la santé de la population et constitue le premier, sinon le seul, pays du monde qui a une politique pangouvernementale de réduction des disparités en santé et d'amélioration globale de la santé de la population. Son approche actuelle de la santé de la population, qui vise en particulier les disparités en santé, a été élaborée par étapes au cours des 30 dernières années.

En 1977, réagissant aux préoccupations croissantes que suscitaient les disparités en santé, le gouvernement britannique a créé le Groupe de travail sur les inégalités en santé sous la direction de sir Douglas Black et l'a chargé d'étudier la situation et de recommander des mesures pour y remédier. Le rapport Black, publié en 1980, a révélé que, malgré la mise en œuvre, en 1948, d'un régime universel de soins de santé dans le cadre du Service

Le rapport Black a révélé que, malgré la mise en œuvre, en 1948, d'un régime universel de soins de santé dans le cadre du Service national de santé (NHS), d'importantes disparités, surtout attribuables à la pauvreté, persistaient. Le rapport soulignait en outre que le comportement des gens était conditionné par des facteurs structurels et environnementaux indépendants de leur volonté. Il recommandait donc l'adoption d'une approche horizontale d'amélioration de la santé de la population et l'affectation à cette fin d'importants crédits à l'ensemble des ministères.

national de santé (NHS), d'importantes disparités, surtout attribuables à la pauvreté, persistaient. Le rapport soulignait en outre que le comportement des gens était conditionné par des facteurs structurels et environnementaux indépendants de leur volonté. Il recommandait donc l'adoption d'une approche horizontale d'amélioration de la santé de la population et l'affectation à cette fin d'importants crédits à l'ensemble des ministères¹⁵. Le gouvernement d'alors avait cependant jugé que la mise en œuvre de ces recommandations serait trop coûteuse. Malgré tout, le rapport Black a eu d'importantes répercussions à long terme. En effet, il a attiré l'attention du public sur les disparités et

¹⁴ Government Offices for the English Regions, *About the Network*, <http://www.gos.gov.uk/aboutusnat/>.

¹⁵ *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group* (sir Douglas Black, président), ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, Royaume-Uni, 1980, <http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm>.

les déterminants non médicaux de la santé et a constitué la base des recherches et des discussions des 20 années suivantes¹⁶.

En 1991, le gouvernement britannique a publié un document de consultation énonçant ses propositions en vue de l'élaboration d'une stratégie de santé de la population pour l'Angleterre¹⁷. Un an plus tard, cette stratégie, intitulée *The Health of the Nation*, était lancée. Axée sur cinq secteurs clés (maladies coronariennes et accidents cardiovasculaires, cancer, maladies mentales, VIH/sida et santé sexuelle, accidents), elle définissait 25 cibles à atteindre pour améliorer l'état général de santé. Fait intéressant, la stratégie se fondait sur une approche pangouvernementale faisant intervenir 11 ministères. Un comité du Cabinet a été créé pour superviser l'élaboration, la mise en œuvre et le contrôle de la stratégie et pour veiller à la coordination des efforts du gouvernement central et des autorités régionales et locales. De plus, le gouvernement a annoncé qu'il produirait un guide pour faciliter les études d'impact sur la santé et mettrait en place un processus d'examen systématique des progrès réalisés et de publication de rapports périodiques¹⁸.

Des préoccupations avaient alors été exprimées parce qu'aucune des cibles de la nouvelle stratégie de santé de la population n'était directement liée aux disparités en santé. Les données recueillies ont obligé les autorités à admettre l'existence d'un problème. En 1995, le gouvernement a entrepris un autre examen afin de déterminer ce que le ministère de la Santé et le NHS pouvaient faire pour s'attaquer aux disparités fondées sur l'ethnie, la géographie, les caractéristiques socioéconomiques et le sexe. L'examen, dirigé par le médecin-chef d'Angleterre, a abouti à la publication du rapport *Variations in Health: What can the Department of Health and the NHS Do*, qui a révélé que les inégalités en santé découlaient des disparités socioéconomiques liées au niveau de vie et aux perspectives d'avancement, qui se sont répercutées sur la santé depuis l'enfance. Le rapport concluait qu'en l'absence de politiques adéquates, ces disparités feraient sérieusement obstacle à l'atteinte des cibles nationales. Le rapport soulignait également la nécessité d'établir des partenariats avec les autorités locales, le secteur bénévole, les collectivités et même des particuliers parce que les facteurs qui contribuaient aux disparités en santé étaient aussi nombreux que complexes¹⁹.

¹⁶ Michael Marmot, « From Black to Acheson: Two Decades of Concern with Inequalities in Health. A Celebration of the 90th Birthday of Professor Jerry Morris », *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, n° 5, 2001, p. 1165-1171, <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/full/30/5/1165#R3>.

¹⁷ United Kingdom Department of Health, *The Health of the Nation: A Consultative Document for Health in England*, Londres, 1991.

¹⁸ United Kingdom Department of Health, *The Health of the Nation: A Strategy for Health in England*, Londres, 1992.

¹⁹ United Kingdom Department of Health, *Variations in Health: What can the Department of Health and the NHS Do?*, Londres, 1995.

Deux ans plus tard, le gouvernement britannique a institué une enquête indépendante, sous la direction de sir Donald Acheson, afin d'examiner et de résumer les disparités en santé en Angleterre et de définir les secteurs prioritaires devant faire l'objet de politiques particulières. Tandis que le rapport Black traitait des causes socioéconomiques des inégalités en santé, le rapport Acheson, paru en 1998, présentait une répartition de ces inégalités par région, par sous-groupe de la population et par stade de la vie, entre la grossesse et l'âge avancé. Il formulait 39 recommandations et désignait trois priorités essentielles : 1) toutes les politiques ayant des répercussions sur la santé devraient faire l'objet d'études d'impact sur la santé; 2) il conviendrait d'accorder une haute priorité à la santé des familles avec enfants; 3) d'autres mesures devraient être prises pour réduire les disparités de revenu et relever le niveau de vie des ménages pauvres²⁰.

Le rapport Acheson, paru en 1998, présentait une répartition de ces inégalités par région, par sous-groupe de la population et par stade de la vie, entre la grossesse et l'âge avancé. Il formulait 39 recommandations et désignait trois priorités essentielles : 1) toutes les politiques ayant des répercussions sur la santé devraient faire l'objet d'études d'impact sur la santé; 2) il conviendrait d'accorder une haute priorité à la santé des familles avec enfants; 3) d'autres mesures devraient être prises pour réduire les disparités de revenu et relever le niveau de vie des ménages pauvres.

Pendant que l'enquête Acheson se déroulait encore, le gouvernement britannique a publié, en février 1998, un autre document de consultation exposant ses propositions en vue d'une action concertée avec les organisations locales pour améliorer la santé et les conditions de vie de la population. Les propositions visaient deux objectifs : 1) améliorer la santé de l'ensemble de la population en augmentant la longévité et le nombre d'années exemptes de maladie; 2) améliorer la santé des membres les plus défavorisés de la société afin de réduire les disparités en santé. Le document mettait l'accent sur l'importance de la responsabilité individuelle et des partenariats avec les collectivités locales pour l'amélioration de la santé de la population²¹.

En réponse au rapport Acheson et après avoir procédé à des consultations publiques, le gouvernement britannique a révisé en 1999 sa politique sur la santé de la population et a publié deux documents connexes, *Saving Lives: Our Healthier Nation*²² et *Reducing Health Disparities: An Action Report*²³, sur les mesures qui seraient prises par ses ministères et dans le cadre de partenariats avec différentes organisations régionales et locales d'Angleterre pour réduire les disparités en santé. De nouvelles cibles ont été définies pour les cinq secteurs prioritaires et, une fois de plus, les études d'impact sur la

²⁰ *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report* (sir Donald Acheson, président), The Stationary Office, Londres, 1998, <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/ih.htm>.

²¹ United Kingdom Department of Health, *Our Healthier Nation: A Contract for Health*, Londres, 1998, <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ohnation/title.htm>.

²² United Kingdom Department of Health, *Saving Lives: Our Healthier Nation*, Londres, juillet 1999, <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm43/4386/4386.htm>.

²³ United Kingdom Department of Health, *Reducing Health Inequalities: An Action Report*, Londres, janvier 1999, http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006054.

santé devaient « faire partie intégrante des activités courantes d'élaboration de politiques au gouvernement ». La politique révisée était considérée comme la plus complète jamais proposée pour combattre les disparités en santé au Royaume-Uni.

Pour s'assurer que les efforts des ministères étaient coordonnés et appuyaient efficacement le but consistant à réduire les disparités en santé, le gouvernement britannique a procédé en 2002 à un examen interministériel des dépenses liées à ce but. Cet examen « horizontal » des dépenses, dirigé par le ministère des Finances, a permis d'évaluer les dépenses consacrées par les ministères à l'éducation, à la protection sociale, à la justice pénale, à l'environnement, aux transports et aux administrations locales (en ce qui concerne la répartition). Les résultats de l'examen ont servi de base à l'établissement des plans de dépenses des ministères pour les exercices 2003-2006. De plus, ils ont donné lieu à des engagements obligatoires qui, dans l'ensemble, constituaient une approche pangouvernementale de la réduction des disparités en santé. Le gouvernement a insisté en particulier sur ce qui suit :

Le gouvernement britannique a procédé en 2002 à un examen interministériel des dépenses liées aux disparités en santé. Cet examen « horizontal » des dépenses, dirigé par le ministère des Finances, a permis d'évaluer les dépenses consacrées par les ministères à l'éducation, à la protection sociale, à la justice pénale, à l'environnement, aux transports et aux administrations locales (en ce qui concerne la répartition). Les résultats de l'examen ont servi de base à l'établissement des plans de dépenses des ministères pour les exercices 2003-2006. De plus, ils ont donné lieu à des engagements obligatoires qui, dans l'ensemble, constituaient une approche pangouvernementale de la réduction des disparités en santé.

- Mettre fin au cycle des disparités en santé grâce à la lutte contre la pauvreté et les privations, surtout a) en s'occupant des familles avec enfants, b) en favorisant des grossesses saines et une bonne éducation préscolaire et c) en finançant des mesures éducatives visant à éliminer les écarts au chapitre des réalisations.
- S'attaquer aux principales causes de décès et de blessures et, en particulier, aux risques comportementaux et physiologiques évitables (tabagisme, activités physiques et alimentation) et dispenser des services de traitement.
- Faciliter l'accès des installations et des services publics, notamment dans les secteurs des soins primaires et des transports en commun.
- Aider les collectivités défavorisées grâce à des projets de modernisation des quartiers, à l'amélioration des logements, au renforcement de la sécurité et à la prestation de nouveaux services publics destinés à faciliter l'accès à l'emploi et à l'éducation.

- Aider les groupes particulièrement vulnérables en ciblant les besoins des « pauvres du chauffage²⁴ », des personnes atteintes de troubles mentaux, des sans-abri, des détenus et de leur famille²⁵.

Le gouvernement a donné en 2003 d'autres détails de son approche pangouvernementale des disparités en santé en publiant le rapport *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*. Le plan d'action qui y était exposé prévoyait un ambitieux programme s'étendant à 12 ministères et organismes centraux ainsi qu'à un certain nombre d'autorités régionales et locales. Il était appuyé par une cible nationale faisant l'objet d'un accord de service public et fondée sur deux objectifs détaillés :

En Angleterre, la politique sur la santé de la population et la réduction des disparités en santé est guidée par un sous-comité du Cabinet dirigé par le vice-premier ministre, qui assure la gouvernance et la coordination d'ensemble pour toute l'administration publique. Le gouvernement britannique coopère aussi avec plusieurs autorités régionales et locales au moyen d'ententes locales.

- Réduire de 10 p. 100 d'ici 2010 les inégalités en santé, mesurées par la mortalité infantile et l'espérance de vie à la naissance :
 - En commençant par les enfants de moins d'un an, réduire d'au moins 10 p. 100 d'ici 2010 l'écart de mortalité entre les groupes des employés de bureau subalternes et des travailleurs manuels et l'ensemble de la population.
 - En commençant par les autorités locales, réduire d'au moins 10 p. 100 d'ici 2010 l'écart entre le quintile de régions ayant l'espérance de vie la moins élevée à la naissance et l'ensemble de la population²⁶.

Le plan comprenait en outre 76 engagements pangouvernementaux à remplir en 2006. Il était clair cependant que l'obtention de résultats prendrait des années, compte tenu des aspects intergénérationnels de nombreux facteurs intervenant dans les disparités en santé.

L'Angleterre est également couverte par le Plan d'action national du Royaume-Uni sur l'inclusion sociale²⁷, dont le but est de combattre l'exclusion sociale et la pauvreté. Nous n'avons pas réussi à déterminer de quelle façon ce plan d'action est coordonné avec les efforts actuels de réduction des disparités en santé.

²⁴ Les « pauvres du chauffage » vivent dans des ménages qui doivent consacrer plus de 10 p. 100 de leur revenu à l'achat de combustibles pour maintenir une température confortable dans leur logement.

²⁵ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities: 2002 Cross-Cutting Review*, www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/80/03/04068003.pdf.

²⁶ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*, 2003, www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/93/62/04019362.pdf.

²⁷ United Kingdom Department of Work and Pensions, *Working Together: United Kingdom National Action Plan on Social Inclusion, 2006-2008*, 2006, <http://www.dwp.gov.uk/publications/dwp/2006/nap/>.

2.4 Mise en œuvre

En Angleterre, la politique sur la santé de la population et la réduction des disparités en santé est guidée par un sous-comité du Cabinet dirigé par le vice-premier ministre, qui assure la gouvernance et la coordination d'ensemble pour toute l'administration publique. Le secrétaire d'État à la Santé et le ministre de la Santé publique sont conjointement chargés de se faire les champions de la politique au sein du gouvernement. Un groupe de travail interministériel composé de hauts fonctionnaires surveille les ministères pour s'assurer que leurs programmes contribuent à la réalisation de la cible nationale. Au ministère de la Santé, l'Unité des disparités en santé s'efforce d'établir des liens entre les organismes de santé pour veiller à ce qu'ils conçoivent leurs programmes et leurs initiatives dans une optique de réduction des inégalités en santé.

Le travail en partenariat est considéré comme la clé du succès de la politique sur la santé de la population et la réduction des disparités en santé. Cela implique une coopération entre le gouvernement britannique et plusieurs autorités régionales et locales. Par conséquent, le ministère de la Santé a favorisé la conclusion d'ententes locales, considérant que celles-ci contribuent sensiblement à mettre en évidence les disparités et les résultats en santé dans la planification locale. Les ententes locales conclues avec les bureaux régionaux du gouvernement permettent d'accorder une attention particulière aux enfants et aux jeunes, aux mesures destinées à rendre les collectivités plus sûres, plus fortes et plus saines et aux aînés. De concert avec les assemblées régionales et les organismes de développement régional, les bureaux régionaux tiennent également compte des déterminants économiques généraux de la santé, ainsi que de la stratégie des transports, de l'emploi, de l'environnement et du renouveau communautaire.

2.5 Surveillance et évaluation

Le rapport *A Programme for Action* comprenait l'engagement d'établir, à l'échelle nationale, un ensemble d'indicateurs de haut niveau devant être suivis et publiés tous les ans pour rendre compte des progrès réalisés. Au niveau local, chaque entité régionale était encouragée à choisir et à publier les indicateurs correspondant à ses propres besoins. Le rapport de suivi du *Programme for Action* publié en 2006 n'a révélé aucune réduction des disparités en santé par rapport aux cibles faisant l'objet d'un accord de service public. Les changements signalés comprenaient ce qui suit :

- Légère réduction de l'écart de l'espérance de vie des enfants de sexe masculin en 2002-2004 par rapport à 2001-2003.
- Légère augmentation de l'écart de l'espérance de vie des enfants de sexe féminin en 2002-2004 par rapport à 2001-2003.
- Aucun changement de la cible de mortalité infantile entre 2001-2003 et 2002-2004.

- Pour ce qui est des grands indicateurs pangouvernementaux, légère amélioration des tendances relatives au décès d'enfants dans des accidents de la route, au niveau de scolarité et à la qualité du logement.
- Indices d'une augmentation des inégalités dans la période 2000-2005 en ce qui concerne l'usage du tabac pendant la grossesse entre les groupes des employés de bureau subalternes et des travailleurs manuels et l'ensemble des mères²⁸.

Le rapport de suivi a reconnu, une fois de plus, que l'inversion des tendances des disparités en santé nécessiterait un engagement soutenu à l'échelle nationale et au niveau local pendant une période prolongée (mesurée en générations).

En 2004, le gouvernement britannique a déclaré à nouveau que les répercussions sur la santé de la population des mesures non liées à la santé devraient être considérées d'une façon plus systématique aussi bien avant qu'après la mise en œuvre des politiques, grâce à des études préalables d'impact sur la santé et à des évaluations des politiques elles-mêmes. Il a donc annoncé qu'il intégrerait la santé dans toutes les mesures législatives futures en l'inscrivant parmi les composantes des études d'impact de la réglementation²⁹. Cette décision n'a cependant été mise en vigueur ni par voie législative ni par voie administrative³⁰.

La même année, le ministère de la Santé a publié un guide sur les mesures qui se sont révélées efficaces pour la réduction des disparités en santé. Le guide était destiné à aider les fournisseurs et les organisations qui s'occupent de fournir des soins de santé au niveau local³¹.

CHAPITRE 3 : Finlande

3.1 Principales constatations

- Depuis 1987, la Finlande a une politique qui vise expressément l'amélioration de la santé de la population et la réduction des disparités en santé. Le pays dispose d'une solide base de connaissances découlant d'investissements de l'État dans la recherche sur la santé de la population et d'exigences législatives qui imposent au gouvernement de présenter au Parlement des rapports à ce sujet.

²⁸ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities: Status Report on the Programme for Action – 2006 Update of Headline Indicators*, août 2006, http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_062903.

²⁹ United Kingdom Department of Health, *Choosing Health: Making Healthy Choices Easier*, 2004, http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094550.

³⁰ D^r Fiona Adshead, *Témoignages*, 11 décembre 2007.

³¹ United Kingdom Department of Health, *Tackling Health Inequalities – What Works*, 2005, <http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Healthinequalities/Bestpractice/index.htm>.

- Toutefois, la politique nationale actuelle sur la santé de la population, qui définit des cibles à atteindre d'ici 2015, ne renferme que peu de détails sur le genre d'initiatives nécessaires pour réaliser ces cibles. Préoccupé par les disparités croissantes en santé, le gouvernement élabore un plan d'action national visant à les réduire. Il sera intéressant d'examiner ce plan, que le gouvernement devait publier fin 2007.
- Depuis 20 ans, le ministère de la Santé est responsable de la politique sur la santé de la population, même s'il est admis que de nombreux déterminants de la santé relèvent d'autres ministères. Ceux-ci sont parfois mentionnés dans les documents officiels, mais il ne semble pas y avoir de modalités de collaboration pour atteindre les objectifs communs.
- La Finlande a une politique distincte sur la pauvreté et l'exclusion sociale, mais, encore une fois, on ne trouve que peu de renseignements sur la façon dont la mise en œuvre des deux politiques est coordonnée.
- La forte décentralisation du gouvernement finlandais nuit à la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population. Le gouvernement national assure le leadership dans tout le pays, mais la plupart des programmes et des services relèvent des municipalités. Les politiques élaborées à l'échelle nationale ne servent qu'à imprimer une orientation générale et ne comportent pas de directives exécutoires. Il est donc difficile de savoir si les municipalités finlandaises disposent de moyens suffisants pour relever les défis d'une approche globale de la santé de la population.

3.2 Responsabilité des pouvoirs publics

La Finlande est une république démocratique dotée d'un régime parlementaire. Son parlement monocaméral, l'Eduskunta, compte 200 députés élus pour quatre ans dans le cadre d'un système de représentation proportionnelle. Le pays est subdivisé en 6 provinces et 416 municipalités. Celles-ci sont investies du pouvoir de percevoir des impôts et sont responsables de la prestation d'une vaste

La Finlande a été l'un des premiers pays à établir une politique nationale sur la santé de la population. En 1982, elle a fait œuvre de pionnière relativement à la mise au point de la Stratégie mondiale de la santé pour tous de l'Organisation mondiale de la santé.

gamme de programmes et de services. Les décisions sont prises sur une base démocratique aussi bien à l'échelle nationale qu'au niveau municipal.

- Le **gouvernement national** adopte des lois, élabore les grandes politiques nationales et en supervise la mise en œuvre. Il a des responsabilités dans tous les domaines liés à la santé de la population, et notamment les soins de santé, les affaires sociales, l'éducation, le travail, l'environnement et la justice³².

³² Finnish government, *Facts about the Government*, <http://www.government.fi/tietoa-valtioneuvostosta/perustietoa/en.jsp>.

- Les **municipalités** ont également des responsabilités étendues. À titre d'entités autonomes, elles peuvent s'acquitter de différentes fonctions, mais doivent se conformer à des obligations législatives. Les lois nationales énumèrent les fonctions dont les municipalités peuvent s'occuper si elles le souhaitent. Si elles choisissent de le faire, elles doivent alors respecter les dispositions législatives nationales correspondantes. Les responsabilités municipales les plus importantes comprennent l'aide sociale, les soins de santé, l'éducation et la culture. Les municipalités sont également chargées de l'entretien des voies publiques et de certaines fonctions de gestion environnementale, dont l'aménagement du territoire, la réglementation de la construction, la protection de l'environnement et la gestion des déchets³³.

D'après un expert finlandais, le pays a fait depuis 1993 une transition « radicale » entre la planification centralisée et une décentralisation « extrême ». Pour lui, ce virage a été à la fois remarquable et singulière en fonction des critères internationaux. Par conséquent, les municipalités sont aujourd'hui les premières responsables du fonctionnement du système de santé³⁴. Cette décentralisation poussée rend particulièrement difficiles l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population en Finlande³⁵.

3.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population

La Finlande a été l'un des premiers pays à établir une politique nationale sur la santé de la population. En 1982, elle a fait œuvre de pionnière relativement à la mise au point de la Stratégie mondiale de la santé pour tous de l'Organisation mondiale de la santé³⁶. Pour la Finlande, l'adoption de cette stratégie représentait une tentative ambitieuse de faire les choses différemment, mais elle admettait en même temps qu'une expansion constante des soins de santé ne permettrait pas nécessairement d'aboutir à de meilleurs résultats³⁷.

En 1987, le gouvernement a élaboré sa propre politique sur la santé de la population, qu'elle a rendue publique dans le rapport *Health for All by 2000 – the Finnish National Strategy*. Allant au-delà des soins de santé, sa stratégie prévoyait 34 mesures visant quatre cibles : 1) augmenter la longévité (en réduisant le nombre de décès prématurés); 2) améliorer l'état de santé (en réduisant l'incidence des maladies chroniques, des accidents et d'autres problèmes de santé); 3) prolonger la durée de la vie

³³ Ministry of the Interior, Finnish Government, *Legislation on Local Government in Finland*, 2007, <http://www.intermin.fi/intermin/home.nsf/pages/15984682D7D068C0C2256B81003A62D4?opendocument>.

³⁴ Simo Kokko, « The Process of Developing Health for all Policy in Finland, 1981-1995 », *Exploring Health Policy Development in Europe*, Organisation mondiale de la santé, éd. Anna Ritsatakis et coll., 2000, p. 27-40, http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_37.

³⁵ Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, *Review of National Finnish Health Promotion Policies and Recommendations for the Future*, 2002, <http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subject/health/hprom/index.htm>.

³⁶ Simo Kokko (2000), *op. cit.*

³⁷ *Ibid.*

active (en permettant aux gens de conserver plus longtemps leur santé et leurs capacités fonctionnelles, tout en jouissant d'un niveau de vie adéquat); 4) réduire les disparités en santé parmi les groupes de la population (en diminuant les écarts de santé selon le sexe, le groupe socioéconomique et le lieu de résidence). Le gouvernement a entrepris la mise en œuvre de la stratégie et a créé et financé un programme spécial de recherche pour suivre les tendances relatives à l'état de santé et aux disparités fondées sur la situation socioéconomique.

À l'époque, les municipalités avaient la possibilité d'exploiter d'une façon exceptionnelle la coopération intersectorielle dans le domaine de la santé de la population. En effet, au cours des années 1980, toutes les municipalités avaient été tenues de créer deux organismes : un conseil intersectoriel de promotion de la santé chargé de coordonner les soins de santé, le travail des écoles, l'emploi des jeunes et les sports, et un conseil pour la réadaptation chargé de coordonner l'activité des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels dispensant directement des services liés à la santé à des personnes et des familles, de façon à éviter les renvois inutiles de patients d'un professionnel à l'autre. Pour favoriser la collaboration intersectorielle, le gouvernement a substitué aux crédits ciblés des subventions globales permettant aux municipalités d'utiliser les fonds en fonction des priorités locales. La coopération qui en a résulté entre le secteur de la santé et le secteur social s'est intensifié dans les années 1990 à mesure que les municipalités regroupaient l'administration de leurs programmes sociaux et de santé³⁸.

En 1993, l'OMS a réalisé un examen externe de la stratégie finlandaise de santé de la population. Les principales conclusions étaient les suivantes : 1) La stratégie était un peu trop axée sur le secteur de la santé; la participation d'autres secteurs et des consultations plus vastes en auraient facilité la mise en œuvre; 2) même si les experts et les décideurs souscrivaient à la stratégie de santé de la population, les principes sur lesquels elle se fondait n'ont pas suffisamment retenu l'attention des médias et n'ont pas été adéquatement expliqués au niveau de la base; 3) l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie ont été menées par des experts et des fonctionnaires selon une approche descendante sans que les municipalités soient associées au processus dès les premiers stades; 4) la stratégie a servi à légitimer l'action gouvernementale plutôt qu'à amorcer un processus national de mise au point de la politique sur la santé de la population; 5) la stratégie ne se fondait pas suffisamment sur des cibles quantifiées; 6) la mise en œuvre et la surveillance de la stratégie ont été confiées à un groupe trop restreint de fonctionnaires du secteur de la santé; elles auraient dû bénéficier de ressources financières et humaines plus étendues³⁹.

En 1995, la Finlande a adopté une loi imposant au gouvernement de déposer au Parlement tous les deux ans un rapport sur l'état de santé de la population. Le premier de ces rapports, paru en 1996, présentait un aperçu général des déterminants de la santé de la population finlandaise mettant en évidence les problèmes et les tendances. Une importante partie du rapport était consacrée à l'impact sur la santé des politiques d'autres

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

secteurs. Le rapport reconnaissait en outre la contribution des autres ministères à la santé et encourageait leur participation à la promotion et à la protection de la santé⁴⁰. Le deuxième rapport, déposé en 1998, présentait des renseignements sur les tendances de la santé, des maladies, des conditions sociales, des disparités en santé et en revenu, de l'exclusion sociale, de l'environnement de travail, des conditions de vie des enfants et des jeunes, etc. Il mentionnait également les contributions de tous les ministères et donnait des renseignements obtenus de différents organismes-cadres des secteurs de la protection sociale et de la santé. Ce deuxième rapport se distinguait par une vision globale de la santé de la population et de la sécurité sociale, qu'un seul ministère n'aurait pas été en mesure de présenter⁴¹.

En 2000, le gouvernement national a publié le rapport *Health 2015 Public Health Programme*, qui révisait et actualisait la politique nationale sur la santé de la population⁴². Le rapport maintient les quatre cibles générales (accroître l'espérance de vie, améliorer la santé, prolonger la vie active et réduire les disparités) et en ajoute huit autres. Les cinq premières visent des groupes particuliers de la population : santé des enfants, tabagisme chez les jeunes, décès accidentels et violents chez les jeunes hommes, accroissement des capacités fonctionnelles et de travail de la population active et accroissement des capacités fonctionnelles des personnes de plus de 75 ans. Les trois autres intéressent l'ensemble de la population : prolonger l'espérance de vie en santé d'une moyenne de deux ans, maintenir la satisfaction des gens à l'égard des soins de santé et réduire les disparités en santé. Certaines des cibles sont quantitatives (comme la réduction du tabagisme parmi les jeunes de 16 à 18 ans à moins de 15 p. 100). D'autres sont moins précises (comme l'amélioration de la santé et du bien-être des enfants et une diminution sensible des symptômes et des maladies attribuables à l'insécurité). D'après les experts, la politique nationale sur la santé visant 2015 ne comprend que peu de détails sur le genre d'initiatives nécessaires pour atteindre les cibles⁴³. La politique souligne aussi la nécessité d'une collaboration multisectorielle entre le ministère des Affaires sociales et de la Santé, d'autres ministères, les municipalités, les universités, les entreprises, les collectivités et les particuliers. Elle reconnaît que les autorités locales jouent un rôle de plus en plus important tandis que le gouvernement national s'efforce de remplacer la gestion descendante la gestion

En 2000, le gouvernement national a publié le rapport Health 2015 Public Health Programme, qui révisait et actualisait la politique nationale sur la santé de la population. La politique révisée souligne aussi la nécessité d'une collaboration multisectorielle entre le ministère des Affaires sociales et de la Santé, d'autres ministères, les municipalités, les universités, les entreprises, les collectivités et les particuliers.

⁴⁰ Council of State of Finland, *Public Health Report Finland 1996*, http://www.pia-phr.nrw.de/abstracts/sf/sf_649835.html.

⁴¹ Ministry of Social Affairs and Health (Finland), *Social Welfare and Health Report*, 2000, <http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/ehocontents13.htm>.

⁴² Ministry of Social Affairs and Health (Finland), *Government Resolution on the Health 2015 Public Health Programme*, 2001, <http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/ehocontents17.htm>.

⁴³ Caroline Costongs, Ingrid Stegeman, Sara Bensaude De Castro Freire et Simone Weyers, *Closing the Gap – Strategies for Action to Tackle Health Inequalities: Taking Action on Health Equity*, Commission européenne, mai 2007, <http://www.health-inequalities.eu/?uid=2302287e264715c480d6449302b63587&id=Seite872>.

ascendante. Elle considère en outre l'inclusion sociale comme un objectif prioritaire. La politique fera l'objet d'un suivi exhaustif et d'une évaluation extérieure. Des indicateurs seront établis pour évaluer le degré de réalisation des cibles et seront intégrés dans les rapports sur la santé de la population qui seront produits tous les quatre ans⁴⁴.

À part ce document sur la santé qui vise 2015, la Finlande a des politiques, des stratégies et des plans d'action visant des domaines particuliers et assortis, dans certains cas, de leurs propres cibles. Il y a lieu de citer en exemple la Politique nationale sur le vieillissement visant 2001⁴⁵, la Stratégie antidrogue de 1997, le Plan d'action national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et l'Initiative de promotion de l'activité physique pour la santé. Ensemble, ces politiques et stratégies forment un cadre général pour l'amélioration de la santé globale de la population et la réduction des disparités en santé. Il est cependant difficile de déterminer dans quelle mesure leur mise en œuvre est coordonnée.

En mars 2007, le gouvernement finlandais a publié le dernier de sa série de rapports sur la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population, *Preparation of a National Action Plan to Reduce Health Inequalities – A Roadmap*, qui devait être terminée vers la fin de l'année. Le document a pour but de cerner les domaines d'action et les mesures nécessaires pour atteindre la cible nationale de réduction des disparités socioéconomiques en santé, énoncée dans la politique nationale de la santé visant 2015. L'établissement du plan d'action incombe au ministère des Affaires sociales et de la Santé et au Conseil consultatif sur la santé publique. Le plan se fondera sur les sept éléments suivants :

En mars 2007, le gouvernement finlandais a publié le dernier de sa série de rapports sur la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population, *Preparation of a National Action Plan to Reduce Health Inequalities – A Roadmap*, qui devait être terminée vers la fin de l'année. Le document a pour but de cerner les domaines d'action et les mesures nécessaires pour atteindre la cible nationale de réduction des disparités socioéconomiques en santé, énoncée dans la politique nationale de la santé visant 2015.

- 1) Renforcer les politiques sur la santé de la population et y intégrer les disparités en santé.
- 2) Intensifier les efforts de réduction des disparités en santé dans les municipalités.
- 3) Définir les politiques sur l'alcool et le tabac.
- 4) Favoriser l'équité dans les services publics.

⁴⁴ Iain K Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott et Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons*, Public Health Institute of Scotland, septembre 2003, <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>.

⁴⁵ Ministry of Social Affairs and Health (Finland), *A National Policy on Aging Up to 2001*, 1996, <http://pre20031103.stm.fi/english/pao/ageing1.htm>.

- 5) Réduire les disparités en santé parmi les enfants et les jeunes et prévenir l'exclusion sociale.
- 6) Réduire les disparités en santé parmi les personnes en âge de travailler.
- 7) Établir des systèmes de surveillance des disparités en santé parmi les différents groupes de la population⁴⁶.

Les éléments 1 et 2 portent sur l'intensité des efforts de mise en œuvre et sur les principes qui les sous-tendent. Les éléments 3 et 4 concernent les principaux déterminants des disparités en santé, tandis que les éléments 5 et 6 intéressent les principaux groupes ciblés de la population. Enfin, l'élément 7 a trait au système d'information nécessaire pour réaliser les politiques en cause et déterminer dans quelle mesure elles atteignent leurs objectifs⁴⁷.

3.4 Mise en œuvre

En vertu de la politique nationale sur la santé visant 2015, de nombreux intervenants participent à la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population. Le ministère des Affaires sociales et de la Santé est responsable de la coordination globale de la politique et du rôle que doit jouer chacun des principaux intervenants. Il est également chargé de collaborer étroitement avec les municipalités afin de les aider à atteindre les cibles. La politique souligne la nécessité d'appuyer les municipalités dans leurs activités de promotion de la santé, de surveillance et d'évaluation. Elle encourage en outre les municipalités à collaborer plus étroitement les unes avec les autres. De plus, le ministère des Affaires sociales et de la Santé doit travailler de concert avec d'autres ministères concernés au renforcement du rôle de promotion de la santé du secteur des affaires et de l'industrie. Les organisations non gouvernementales doivent contribuer, au niveau communautaire, aux efforts de promotion de la santé, tandis que les particuliers sont encouragés à jouer un rôle actif dans l'amélioration de leur propre santé.

Certains s'inquiètent du fait qu'à l'exception du secteur de la santé, le niveau national n'a aucun rôle opérationnel et que le ministère des Affaires sociales et de la Santé est le seul organisme national qui ait des responsabilités explicites⁴⁸. On ne sait pas encore de quelle façon le plan d'action national de réduction des disparités en santé sera élaboré ni quels ministères seront chargés de sa mise en œuvre.

⁴⁶ Ministry of Social Affairs and Health (Finland), *Preparation of a National Action Plan to Reduce Health Inequalities – A Roadmap*, 20 mars 2007, http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/health_inequalities_action_plan_2007.pdf.

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, *Review of National Finnish Health Promotion Policies and Recommendations for the Future*, 2002, <http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/health/hprom/index.htm>.

3.5 Surveillance et évaluation

La Finlande suit depuis longtemps l'état de santé de la population et l'incidence des maladies en réalisant des enquêtes et en tenant des registres à l'échelle nationale. La masse de données recueillies a facilité la surveillance de la politique finlandaise sur la santé de la population. Les rapports présentés au Parlement à ce sujet sont complets, couvrant différents secteurs et paliers de gouvernement. Ils se basent sur des dispositions législatives imposant à tous les ministères de déclarer leurs activités liées à la santé. Certains croient cependant que la politique nationale de la santé visant 2015 ne fixe que peu de cibles précises et qu'il est de ce fait difficile d'en surveiller la mise en œuvre⁴⁹.

La Finlande suit depuis longtemps l'état de santé de la population et l'incidence des maladies en réalisant des enquêtes et en tenant des registres à l'échelle nationale. La masse de données recueillies a facilité la surveillance de la politique finlandaise sur la santé de la population. Les rapports présentés au Parlement à ce sujet sont complets, couvrant différents secteurs et paliers de gouvernement. Ils se basent sur des dispositions législatives imposant à tous les ministères de déclarer leurs activités liées à la santé.

Au chapitre de la recherche, l'Académie de Finlande dirige actuellement un programme national de recherche sur les disparités en santé. De plus, trois instituts nationaux de recherche (Institut national de la santé publique, Centre national de recherche et de développement sur la santé et le bien-être et Institut finlandais de la santé au travail) ont récemment entrepris un projet de recherche conjoint sur les disparités en santé – projet TEROKA – auquel participent des chercheurs de différentes disciplines, dont l'épidémiologie, la recherche sur les services de santé, la politique sociale, la sociologie médicale, la médecine et la nutrition. Le projet a pour but de renforcer la recherche, de favoriser les partenariats visant à réduire les disparités en santé, de mettre au point des moyens pratiques de mesurer les effets des interventions sur la santé de la population (étude d'impact), de sensibiliser les décideurs et de les inciter à établir des politiques de réduction des disparités en santé⁵⁰.

Toutefois, pour certains experts, la fixation de cibles et de buts ambitieux et l'acquisition de nouvelles connaissances épidémiologiques grâce à la recherche et au développement de grandes bases de données ne suffisent pas en soi pour inciter le gouvernement à agir. Il semble cependant que les efforts déployés pour améliorer la santé de l'ensemble de la population aient été couronnés de succès en Finlande. Par contre, la lutte contre les disparités en santé n'a pas porté fruit par suite du manque d'engagement des différents intervenants chargés de mettre en œuvre la politique de santé et la politique sociale. Il est évident que les systèmes de promotion de l'égalité en santé doivent être améliorés⁵¹.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ Teroka, <http://www.teroka.fi/teroka/index.php?option=content&pcontent=1&task=view&id=71&Itemid=102>.

⁵¹ Hannele Palosuo, *Reducing Inequalities in Health in Finland*, Finnish Institute of Occupational Health, 4 juin 2007, http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/HOPE_HP_040607.pdf.

CHAPITRE 4 : Nouvelle-Zélande

4.1 Principales constatations

- La Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour la santé, adoptée en 2000, porte expressément sur les disparités et sur la santé de la population tout entière, mais sa mise en œuvre se limite aux mesures prises par le secteur de la santé.
- Une attention spéciale est accordée aux Maoris, qui font l'objet de stratégies et de plans d'action établis sous l'angle de la santé de la population.
- À la suite d'une restructuration, des organismes régionaux – les commissions de santé de district – se sont vu attribuer une responsabilité accrue à l'égard de la santé de la population et ont reçu le pouvoir de déterminer les priorités. Ces commissions sont tenues par la loi de faire rapport au ministre de la Santé sur la mise en œuvre de la Stratégie et sur les progrès accomplis dans la réalisation des cibles fixées.
- Le Comité consultatif de la santé publique cherche activement à faire en sorte que les mesures visant la santé de la population ne soient plus limitées au secteur de la santé, surtout grâce à l'utilisation des études d'impact sur la santé.
- Des modifications aux lois sur la santé publique ont été déposées au Parlement à la fin de 2007 pour encourager l'utilisation des études d'impact sur la santé à l'échelle des ministères et des organismes gouvernementaux.

4.2 Responsabilité des pouvoirs publics

La Nouvelle-Zélande est une monarchie constitutionnelle et un État unitaire doté d'un régime parlementaire. Son seul organe législatif est la Chambre des représentants, composée de 120 députés et communément appelée le Parlement. Le gouvernement a deux branches : nationale et locale. Les administrations locales sont indépendantes, mais subordonnées au gouvernement national; elles se composent principalement de trois types d'institutions qui ont été créées avec l'autorisation du gouvernement national et qui ont reçu leurs pouvoirs du Parlement : les conseils régionaux, les autorités locales territoriales et les commissions de santé de district. Bien que les autorités locales s'occupent de recueillir une grande partie de leurs ressources financières, le gouvernement national subventionne certaines activités ciblées (notamment les services de santé et la construction et l'entretien des routes).

- Le **gouvernement national** est responsable des lois, des politiques nationales et des activités dans les domaines liés à la santé de la population, par exemple l'éducation, la formation, l'emploi, la fiscalité, la politique financière et économique, la protection sociale et les services sociaux. La politique nationale en matière de santé est établie au Parlement, mais la plupart des services relèvent des commissions de santé de district, qui jouissent d'une certaine latitude dans le mode de prestation et les points à cibler.

- Il existe 16 **conseils régionaux** (et un territoire), qui recouvrent pour la plupart plusieurs villes ou districts. Ils sont responsables des dossiers de l'environnement et des transports publics, notamment la politique de gestion des ressources et les permis relatifs à l'utilisation et à la mise en valeur des ressources naturelles et physiques; les systèmes d'évacuation (terre, air, eau) et la répartition de l'eau; la lutte antiparasitaire et les aspects stratégiques de la biosécurité; la régularisation des crues; la gestion des situations d'urgence et la protection civile au niveau régional; la planification et la coordination régionales du transport terrestre; l'élimination régionale des déchets dangereux; l'administration des ports.
- Il existe 76 **autorités locales territoriales**, composées de conseils municipaux (principalement urbains) ou de district (ruraux ou à la fois ruraux et urbains). Les conseils municipaux et de district offrent toute une gamme de services visant le bien-être et le développement de la collectivité. Ils sont notamment responsables de l'infrastructure (routes, transport, égouts, eau et eaux pluviales), des activités récréatives et culturelles (p. ex. bibliothèques publiques) ainsi que de la sécurité et de l'hygiène du milieu (contrôle des bâtiments, gestion des situations d'urgence, protection civile et salubrité de l'environnement)⁵².
- Le secteur des soins de santé de la Nouvelle-Zélande a été restructuré à quatre reprises entre 1989 et 2001, ce qui a finalement donné lieu à la création de 21 **commissions de santé de district**. Les commissions ont pour mandat officiel d'améliorer, de promouvoir et de protéger la santé des collectivités, de promouvoir l'intégration des services de santé, notamment les soins primaires et secondaires, et d'assurer des soins ou un soutien efficaces aux malades ou aux personnes handicapées. Elles sont chargées de fournir directement ou de financer des services de soutien aux personnes handicapées et des services de santé dans leur district.

4.3 Élaboration et mise en œuvre de la politique sur la santé de la population

La Nouvelle-Zélande s'est dotée d'une politique sur la santé de la population par l'adoption progressive d'une série de mesures, qui a commencé en 1989 lorsque le gouvernement national a fixé 10 buts en matière de santé – visant des facteurs de risque (tabagisme, consommation d'alcool et hypertension), des maladies (cardiopathie ischémique, maladies du coeur, AVC, cancer du col de l'utérus et mélanome) et des blessures non intentionnelles – et a accepté de rendre compte régulièrement des progrès accomplis dans la réalisation de ces buts⁵³.

⁵² John Wilson, « Government and Nation », *Te Ara – the Encyclopedia of New Zealand*, mis à jour le 26 septembre 2006, <http://www.TeAra.govt.nz/NewZealandInBrief/GovernmentAndNation/en>.

⁵³ Iain K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott et Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons, A report to NHS Health Scotland*, septembre 2003, <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>.

En 1994, le gouvernement national a adopté un document d'orientation stratégique pour l'amélioration et la protection de la santé publique, son premier énoncé de politique axé sur la santé de la population. Ce document fixait 56 cibles en matière de santé⁵⁴. Trois ans plus tard, le gouvernement a publié un autre rapport, qui soulignait l'importance de maintenir la politique de 1994 sur la santé de la population en conservant et en mettant à profit les programmes déjà entrepris. Selon ce rapport, les mesures de santé de la population sont des initiatives de longue haleine, surtout lorsqu'il s'agit de changer les attitudes et les comportements qui agissent sur les déterminants fondamentaux de la santé⁵⁵.

En 1994, le gouvernement national a adopté un document d'orientation stratégique pour l'amélioration et la protection de la santé publique, son premier énoncé de politique axé sur la santé de la population. Ce document fixait 56 cibles en matière de santé.

En 1998, le Comité national de la santé, organe consultatif auprès du ministre de la Santé, a publié un document sur les déterminants de la santé et les disparités existantes en Nouvelle-Zélande en recommandant d'autres actions de la part du gouvernement⁵⁶. Voici les principales constatations du document :

- Les facteurs sociaux, culturels et économiques sont les principaux déterminants de la santé.
- Des disparités persistent en raison de situations socioéconomiques différentes; certaines données portent à croire que ces disparités s'aggravent en Nouvelle-Zélande.
- Il existe de bonnes raisons d'intervenir pour réduire les disparités socioéconomiques en santé.
- Des données indiquent que des interventions précises peuvent réduire ces disparités.
- Le ministre de la Santé peut jouer un rôle de premier plan dans l'établissement de politiques visant à réduire les disparités en santé.
- Le ministre de la Santé peut exiger des études d'impact sur la santé lorsque des changements sont proposés et apportés aux politiques macroéconomiques et sociales et peut collaborer avec d'autres ministres à la mise en œuvre d'une politique générale sur la santé de la population.

En 1999, le ministre de la Santé a publié un rapport exhaustif sur les inégalités sociales en santé, particulièrement chez les Maoris et les peuples du Pacifique⁵⁷. Un an

⁵⁴ New Zealand Public Health Commission, *A Strategic Direction to Improve and Protect Public Health: The Public Health Commission's Advice to the Minister of Health 1993-1994*, 1994.

⁵⁵ New Zealand Ministry of Health, *Strengthening Public Health Action: the Strategic Direction to Improve, Promote and Protect Public Health*, Wellington, 1997.

⁵⁶ New Zealand National Health Committee (National Advisory Committee on Health and Disability), *The Social, Cultural and Economic Determinants of Health in New Zealand: Action to Improve Health*, Wellington, juin 1998, <http://www.nhc.health.govt.nz/moh.nsf/0/BC21C8CFF2D8D5DFCC2572AC0016BBC7>.

⁵⁷ New Zealand Ministry of Health, *Social Inequalities in Health, New Zealand 1999*, Wellington, septembre 2000,

plus tard, le Parlement a adopté la Loi néo-zélandaise sur la santé publique et le soutien aux personnes handicapées⁵⁸. Un de ses objectifs, qui concernait tout spécialement la santé de la population, consistait à obtenir les meilleurs résultats dans le domaine de la santé et du soutien aux personnes handicapées et à réduire les disparités entre les groupes de la population. La Loi constituait les commissions de santé de district et les obligeait à donner une place importante à la santé de la population lorsqu'elles financent ou fournissent des services (prévention, intervention précoce, traitement et services de soutien) pour une population géographiquement définie. Le ministère de la Santé a mis au point des trousseaux de pratiques exemplaires pour guider les commissions⁵⁹. La Loi prévoyait en outre que le gouvernement national devait établir une stratégie de santé et une stratégie de soutien aux personnes handicapées pour la Nouvelle-Zélande et présenter au Parlement un rapport annuel sur les progrès de leur mise en œuvre.

Un an plus tard, à la fin de 2000, le gouvernement national a lancé la Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour la santé⁶⁰, qui modifiait la politique gouvernementale sur la santé de la population et fixait 10 nouveaux buts et 61 objectifs visant : 1) un environnement social sain; 2) la réduction des inégalités en santé; 3) l'évolution des Maoris en santé; 4) un environnement physique sain; 5) des collectivités, des familles et des personnes en santé; 6) des modes de vie sains; 7) une meilleure santé mentale; 8) une meilleure santé physique; 9) la prévention des blessures; 10) des soins de santé accessibles et appropriés. Sur les 61 objectifs, 13 concernant la santé de la population ont été choisis pour être réalisés à court ou à moyen terme :

- réduire le tabagisme;
- améliorer l'alimentation;
- réduire l'obésité;
- augmenter le niveau d'activité physique;
- réduire le taux de suicides et de tentatives de suicide;
- diminuer les torts causés, à l'échelle individuelle et collective, par la consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments;
- réduire l'incidence et l'impact du cancer;
- réduire l'incidence et l'impact des maladies cardiovasculaires;
- réduire l'incidence et l'impact du diabète;
- améliorer la santé bucco-dentaire;
- réduire la violence dans les relations interpersonnelles, les familles, les écoles et les collectivités;
- améliorer l'état de santé des personnes ayant une grave maladie mentale;

<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/65b8566b2ac3a9684c2569660079de90?OpenDocument>.

⁵⁸ New Zealand Ministry of Health, *The New Zealand Public Health and Disability Act 2000*, décembre 2000,

<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/82f4780aa066f8d7cc2570bb006b5d4d/e65f72c8749e91e74c2569620000b7ce?OpenDocument>.

⁵⁹ New Zealand Ministry of Health, *New Zealand Health Strategy – DHB Toolkits*, <http://www.newhealth.govt.nz/toolkits/Default.htm>.

⁶⁰ New Zealand Ministry of Health, *The New Zealand Health Strategy*, Wellington, décembre 2000, <http://www.moh.govt.nz/nzhs.html>.

- assurer l'accès aux services de santé pertinents pour les enfants, notamment les soins aux enfants et à la famille et la vaccination⁶¹.

La Stratégie établissait des paramètres permettant au secteur de la santé d'améliorer la santé générale des Néo-Zélandais et de réduire les inégalités au sein de la population, tout particulièrement chez les Maoris, les peuples du Pacifique et les Néo-Zélandais à faible revenu. Elle a conduit notamment à la mise en œuvre de la Stratégie pour la santé des Maoris, *He Korowai Oranga*, et du Plan d'action pour la santé des peuples du Pacifique⁶².

Mais surtout, la loi de 2000 a mené à la création du Comité consultatif sur la santé publique. Ce comité, qui relève du ministre de la Santé par le truchement du Comité national de la santé, a pour rôle de donner des avis indépendants sur les facteurs qui interviennent dans la santé des citoyens et des collectivités et sur la promotion et la surveillance de la santé de la population. Dans les années qui ont suivi sa création, le Comité consultatif est devenu un ardent défenseur de l'approche pangouvernementale de la santé de la population, particulièrement soucieux de réduire les inégalités, d'améliorer la santé des Maoris et de favoriser une collaboration intersectorielle.

En 2001, le gouvernement national a lancé la Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour les personnes handicapées⁶³, qui préconise une action interministérielle en faveur d'une société plus inclusive. Cette stratégie exige des ministères et organismes gouvernementaux qu'ils tiennent compte de la condition des personnes handicapées dans l'élaboration des politiques et des documents du Cabinet. Les principaux ministères et organismes concernés sont tenus de présenter un rapport annuel sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie⁶⁴.

Un an plus tard, le gouvernement national a publié le rapport *Reducing Inequalities in Health*, qui présentait un cadre d'intervention et des principes à l'intention des décideurs nationaux, régionaux et locaux ainsi que des fournisseurs de services et des groupes communautaires qui cherchaient à réduire les inégalités en santé⁶⁵. Bien que destiné au secteur

Un an plus tard, le gouvernement national a publié le rapport *Reducing Inequalities in Health*, qui présentait un cadre d'intervention et des principes à l'intention des décideurs nationaux, régionaux et locaux ainsi que des fournisseurs de services et des groupes communautaires qui cherchaient à réduire les inégalités en santé.

⁶¹ New Zealand Ministry of Health, *The New Zealand Health Strategy*, décembre 2000, <http://www.moh.govt.nz/nzhs.html>.

⁶² New Zealand Ministry of Health, *He Korowai Oranga – Māori Health Strategy*, Wellington, novembre 2002,

<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/7004be0c19a98f8a4c25692e007bf833/8221e7d1c52c9d2ccc256a37007467df?OpenDocument>; New Zealand Ministry of Health, *The Pacific Health and Disability Action Plan*, Wellington, février 2002, <http://www.moh.govt.nz/publications/pacificactionplan>.

⁶³ New Zealand Ministry of Disability Issues, *The New Zealand Disability Strategy: Making a World of Difference*, Wellington, avril 2001, <http://www.odi.govt.nz/publications/nzds/index.html>.

⁶⁴ New Zealand Office for Disability Issues, *Work Plan 2007-2008 and Report on Progress 2006-2007*, <http://www.odi.govt.nz/nzds/work-plans/2007/index.html>.

⁶⁵ New Zealand Ministry of Health, *Reducing Inequalities in Health*, Wellington, septembre 2002, <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/ea6005dc347e7bd44c2566a40079ae6f/523077dddeed012dcc256c550003938b?OpenDocument>.

de la santé et du soutien aux personnes handicapées, le rapport soulignait l'importance de facteurs sur lesquels ce secteur n'a pas de prise directe. Il mentionnait notamment que le ministère des Finances, les secteurs de l'aide sociale, de l'éducation, du logement et du marché du travail de même que les administrations locales pourraient contribuer grandement à réduire les inégalités en santé. Le cadre d'intervention comportait quatre niveaux :

- **Facteurs structurels** : initiatives qui s'attaquent aux causes fondamentales des inégalités en santé, à savoir les facteurs sociaux, économiques, culturels et historiques qui ont un effet fondamental sur la santé. Il s'agit par exemple de l'accès équitable à l'éducation, au marché du travail, au logement et à d'autres services sociaux.
- **Facteurs intermédiaires** : action visant les facteurs matériels, psychosociaux et comportementaux qui agissent indirectement sur la santé. Donner accès à des ressources matérielles, promouvoir un mode de vie sain, améliorer l'environnement physique et social, voilà des exemples de mesures qui entrent dans cette catégorie (logement public, villes saines, interventions en milieu de travail, programmes de développement communautaire, politiques de transport et protection de la santé).
- **Impact** : réduction de l'impact des maladies et des handicaps au moyen, par exemple, d'un soutien du revenu, d'allocations aux personnes handicapées, d'indemnités pour accident du travail et de mesures législatives contre la discrimination.
- **Accès équitable aux services de santé et de soutien aux personnes handicapées.**

En 2003, le gouvernement national a publié *Achieving Health for all People*, cadre d'action détaillé sur la santé de la population pour la Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour la santé⁶⁶. Il faisait état des domaines d'action du ministère de la Santé, des autres organismes gouvernementaux et nationaux responsables de l'élaboration des politiques, des commissions de santé de district, des conseils régionaux, des établissements d'enseignement, des organisations non gouvernementales, etc., relativement à cinq grands objectifs :

- Renforcer le leadership en matière de santé de la population à tous les niveaux et dans tous les secteurs.
- Favoriser la bonne santé de la population grâce à des services et à des mesures de santé publique dans l'ensemble du secteur de la santé.
- Établir des collectivités en santé et des environnements sains.
- Faire une meilleure utilisation des recherches et des évaluations dans l'élaboration des politiques et des pratiques en santé de la population.
- Réaliser des progrès mesurables en ce qui concerne la santé de la population.

⁶⁶ New Zealand Ministry of Health, *Achieving Health for all People: A Framework for Public Health Action for the New Zealand Health Strategy*, Wellington, octobre 2003, <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/2733?Open>.

En 2004, le Comité consultatif sur la santé publique a publié *A Way Forward: Public Policy and the Economic Determinants of Health*⁶⁷, qui démontrait l'existence de grandes disparités dans la santé de la population néo-zélandaise. Le document indiquait que les mesures visant à corriger ces disparités étaient plus susceptibles de porter fruit si elles s'articulaient autour du lien entre la situation socioéconomique et la santé et si elles prévoyaient un éventail de stratégies combinant des approches universelles et ciblées. En outre, il signalait que la collaboration intersectorielle était indispensable pour aborder les déterminants fondamentaux de la mauvaise santé, et que son efficacité devait être évaluée régulièrement par des études d'impact sur la santé. Il recommandait par conséquent une approche pangouvernementale pour la coordination et la surveillance d'une politique visant à réduire les disparités en santé, la première étape étant la réduction de la pauvreté chez les enfants.

En 2006, le Comité consultatif sur la santé publique a présenté un nouveau rapport au ministre de la Santé, *Health is Everyone's Business*⁶⁸. Il recommandait là aussi une approche pangouvernementale de l'amélioration de la santé en précisant que les organismes gouvernementaux centraux et locaux devaient assumer la responsabilité des résultats en matière de santé découlant de leurs actions. Il recommandait en outre l'utilisation d'études d'impact sur la santé et l'établissement de mécanismes intersectoriels pour bien coordonner une action concertée aux niveaux national, régional et local.

Le Comité consultatif sur la santé publique a également souligné que les études d'impact sur la santé permettent de prendre systématiquement en compte l'évaluation des incidences des politiques gouvernementales sur la santé et les inégalités en santé dans les pratiques courantes d'élaboration des politiques de tous les secteurs. Il a recommandé que ces études soient expressément reconnues dans les lois sur la santé publique^{69 70}. Le gouvernement national a répondu favorablement à cette recommandation en 2007 par l'adoption d'un projet de loi sur la santé publique, qui intégrait aux lois en la matière des dispositions sur l'utilisation des études d'impact sur la santé. Ces dispositions, qui sont

⁶⁷ Public Health Advisory Committee, *The Health of People and Communities – A Way Forward: Public Policy and the Economic Determinants of Health, Report to the New Zealand Minister of Health*, Wellington, octobre 2004, <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-public-policy-economic-determinants?Open>.

⁶⁸ Public Health Advisory Committee, *Health is Everyone's Business – Working Together for Health and Wellbeing, Report to the New Zealand Minister of Health*, Wellington, juin 2006, <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-health-is-everyones-business?Open>.

⁶⁹ Public Health Advisory Committee, *Health Impact Assessment – A Report on the Work of the Public Health Advisory Committee, Report to the New Zealand Minister of Health*, Wellington, août 2006, <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-hia-advice-to-minister>.

⁷⁰ Il y a lieu de signaler que le Comité consultatif sur la santé a produit en 2004 un guide pour l'utilisation des études d'impact sur la santé et en 2007 un document d'accompagnement : *A Guide to Health Impact Assessment: A Policy Tool for New Zealand*, 2^e édition, Wellington, juin 2005, <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-guide-hia-2nd>; *An Idea Whose Time Has Come – New Opportunities for Health Impact Assessment in New Zealand Public Policy and Planning*, Wellington, février 2007, <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-idea-whose-time-has-come>.

habilitantes mais non impératives, encouragent le recours aux études d'impact dans l'élaboration de nouvelles propositions de politique et dans les processus décisionnels⁷¹.

4.4 Surveillance et évaluation

Les indicateurs de la santé et les inégalités en santé ont fait l'objet de nombreuses études en Nouvelle-Zélande. Le directeur général de la Santé et le ministre présentent un rapport au Parlement tous les ans, le premier sur l'état de santé de la nation et le second sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour la santé. Ces rapports annuels reposent dans une certaine mesure sur les renseignements fournis par les études d'impact dans le cadre des mécanismes d'information standard sur les cibles en matière de santé⁷².

Les indicateurs de la santé et les inégalités en santé ont fait l'objet de nombreuses études en Nouvelle-Zélande.

Le ministre de la Condition des personnes handicapées est tenu, lui aussi, de présenter un rapport annuel au Parlement sur la mise en œuvre de la Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour les personnes handicapées. En 2006-2007, 41 ministères et organismes gouvernementaux ont participé à ce processus d'information⁷³.

En outre, le ministre du Développement social et de l'Emploi publie annuellement *The Social Report*, qui donne une série d'indicateurs du mieux-être social et économique applicables à dix domaines liés à la santé de la population : santé; connaissances et compétences; travail rémunéré; niveau de vie économique; droits civils et politiques; identité culturelle; loisirs; environnement physique; sécurité; réseau social⁷⁴.

Malgré certaines limites constatées dans les méthodes de collecte des données et dans la qualité des données disponibles sur la santé et le mieux-être social, les données révèlent clairement l'existence d'inégalités en santé sous les aspects suivants : situation socioéconomique; identité ethnique; lieu de résidence; sexe⁷⁵. Pour cette raison, le Comité consultatif sur la santé publique préconise depuis des années une vaste approche de la santé de la population qui ne soit plus limitée au secteur de la santé, mais englobe aussi les principaux ministères et organismes gouvernementaux concernés.

⁷¹ New Zealand Ministry of Health, *Summary of the Public Health Bill*, décembre 2007, <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/summary-public-health-bill>.

⁷² Depuis la création de la Stratégie de la Nouvelle-Zélande pour la santé, le ministre de la Santé a présenté six rapports au Parlement. On peut les consulter à l'adresse suivante : <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/implementing-nz-health-strategy>.

⁷³ Les rapports annuels sur les progrès de la mise en œuvre sont produits par le New Zealand Office of Disability Issues et accessibles à l'adresse <http://www.odi.govt.nz/nzds/progress-reports/>.

⁷⁴ New Zealand Ministry of Social Development, *The Social Report 2007*, Wellington, 2007, <http://www.socialreport.msd.govt.nz/>.

⁷⁵ New Zealand Ministry of Health, *Reducing Inequalities in Health*.

CHAPITRE 5 : Norvège

5.1 Principales constatations

- La Norvège est une nation de gens en santé et, par tradition, un État providence. Cependant, son classement international pour l'espérance de vie a baissé au cours des dernières années, déclin qui s'explique par les progrès insuffisants réalisés dans le choix des modes de vie (p. ex. tabagisme, alimentation et activité physique).
- Au départ, les mesures de santé de la population étaient surtout axées sur la qualité de vie, ce qui imposait à chacun la responsabilité première d'améliorer sa santé. Par la suite, une réorientation de la politique a donné lieu à un meilleur équilibre entre la responsabilité individuelle et le rôle de la collectivité pour ce qui est de rendre plus facile et plus attrayante l'adoption d'un mode de vie sain. La Norvège n'a commencé que récemment à s'attaquer aux disparités en santé; auparavant, l'accent était plutôt mis sur la réduction de la pauvreté chez les groupes vulnérables.
- En 2007, le gouvernement norvégien a déposé au Parlement la Stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales en santé, livre blanc considéré comme le volet santé du vaste effort gouvernemental déployé pour accroître l'équité sociale. Le livre blanc met l'accent sur l'éducation, le travail et le revenu; la responsabilité générale de sa mise en œuvre relève du ministère de la Santé.
- Ce livre blanc ainsi que la politique sur le travail, la protection sociale et l'inclusion, le plan d'action pour combattre la pauvreté et la politique sur l'intervention précoce pour l'apprentissage continu forment un train de mesures complet visant à améliorer la santé des Norvégiens et à réduire les disparités. Le système de santé de la population se répartit en trois niveaux; le rôle principal revient aux municipalités. La collaboration interministérielle et intersectorielle fait partie intégrante de l'approche adoptée en Norvège pour favoriser la santé de la population.

5.2 Responsabilité des pouvoirs publics

La Norvège est une monarchie constitutionnelle à régime parlementaire. Le parlement norvégien, le Storting, compte 165 représentants. Le pays a trois niveaux de gouvernement : le gouvernement national, 19 comtés et 434 municipalités. Ces trois niveaux se partagent la responsabilité de la santé de la population. Le gouvernement national établit la politique générale dans ce domaine, élabore et supervise les lois pertinentes et s'occupe de recueillir et d'allouer les fonds, tandis que les comtés (régions) et les municipalités fournissent les services et les programmes.

- Le **gouvernement national** est responsable de l'assurance sociale, des services sociaux, des services de santé spécialisés, des services sociaux spécialisés (protection de l'enfance et lutte contre la toxicomanie/l'abus d'alcool), de l'enseignement supérieur et des universités, du marché du travail, des réfugiés et des immigrants, du réseau routier national, du réseau ferroviaire, de l'agriculture, de l'environnement, de la justice, des forces armées et de la politique étrangère.
- Les **comtés** sont chargés des soins dentaires, de l'enseignement secondaire, du développement régional, de l'approvisionnement en énergie, des routes de comté, du transport en commun, de l'aménagement régional, de l'expansion des entreprises, des communications et de la culture (musées, bibliothèques, activités sportives).
- Les **municipalités** s'occupent de la promotion de la santé, des soins de santé primaires, des soins aux personnes âgées, des soins aux personnes handicapées (y compris les personnes handicapées mentalement), des pouponnières et des maternelles, des écoles primaires, des services sociaux (protection de l'enfance, protection sociale, réadaptation des toxicomanes et alcooliques), de la gestion de l'eau, de la culture locale, de l'aménagement local (aménagement du territoire) et de l'infrastructure (routes et ports locaux)⁷⁶.

Les municipalités tirent le gros de leurs revenus des impôts des particuliers et des sociétés ainsi que des impôts fonciers (43 p. 100). Elles peuvent également exiger des frais d'utilisation pour leurs services. Les comtés peuvent seulement percevoir des impôts sur le revenu (42 p. 100 de leurs revenus). Le droit des municipalités et des comtés de lever des impôts est limité par un taux maximal que fixe annuellement le Storting (actuellement, 13,2 p. 100 pour les municipalités et 2.6 p. 100 pour les comtés). Les municipalités et les comtés reçoivent des subventions générales et spécifiques du gouvernement national. Les paiements de transfert qui viennent du gouvernement national représentent 34 p. 100 des revenus des comtés et 47 p. 100 de ceux des municipalités⁷⁷.

⁷⁶ Ministry of Local Government and Regional Development, *Local Government in Norway*, dépliant d'information, mars 2007, <http://www.regjeringen.no/en/dep/krd/documents/handbooks/2004/Information-brochure-Local-government-in.html?id=88088>.

⁷⁷ *Ibid.*

5.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population

En 2007, le gouvernement a déposé au Storting un livre blanc dans lequel il présentait sa Stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales en santé⁷⁸. Ce document propose un plan décennal innovateur pour l'élaboration d'une approche nationale, globale et intersectorielle de la santé de la population, qui est l'aboutissement d'efforts entrepris il y a une vingtaine d'années pour améliorer la santé de la population.

En 2007, le gouvernement a déposé au Storting un livre blanc dans lequel il présentait sa Stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales en santé. Ce document propose un plan décennal innovateur pour l'élaboration d'une approche nationale, globale et intersectorielle de la santé de la population, qui est l'aboutissement d'efforts entrepris il y a une vingtaine d'années pour améliorer la santé de la population.

En 1985, le gouvernement norvégien a souscrit aux principes de la stratégie « Les buts de la santé pour tous » de l'Organisation mondiale de la santé et, en 1987, a publié un document sur la santé pour tous en Norvège, qui énonçait 38 cibles relativement au mode de vie, aux soins de santé et à l'environnement. La même année, il a produit un livre blanc, *Health Policy Towards the Year 2000*, qui présentait la santé préventive comme un nouvel enjeu important. Ce document était suivi, en 1991, de *More Good Years for All*, qui lui aussi mettait en relief la prévention des maladies et des blessures. En 1993, il publiait un autre livre blanc, *Challenges in Health Promotion and Preventive Efforts*, qui montrait l'importance de l'action intersectorielle pour la santé de la population, la promotion de la santé et la prévention des maladies. L'accent était mis sur les problèmes psychosociaux, les troubles musculo-squelettiques, les accidents, les blessures, l'asthme, les allergies et les maladies induites par l'environnement intérieur⁷⁹. En 1997, le rapport *Use for Everyone – On the Strengthening of Municipal Public Health Work* a été déposé au Storting⁸⁰. Il préconisait une approche municipale et montrait clairement la responsabilité des autorités locales en matière de santé de la population.

⁷⁸ Norwegian Directorate for Health and Social Affairs, *National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health, Report No. 20 (2006-2007) to the Storting*, 9 février 2007, <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/regpubl/stmeld/2006-2007/Report-No-20-2006-2007-to-the-Storting.html?id=466505&epslanguage=EN-GB>.

⁷⁹ Iain K Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott et Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons*, Public Health Institute of Scotland, septembre 2003, <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>.

⁸⁰ Siri Petrine Hole, *Use for Everyone – On the Strengthening of Municipal Public Health Work*, version abrégée de NOU 1998: 18 (I-0949 E), Ministry of Health and Care Services, Norvège, mai 1997, http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/rappporter_planer/rappporter/2000/Use-for-Everyone/1.html?id=420063.

En 2003, le gouvernement national a publié un nouveau livre blanc intitulé *Prescriptions for a Healthier Norway*⁸¹. La politique proposée visait un double objectif : prolonger l'espérance de vie de l'ensemble de la population et aplanir les disparités en santé entre les classes sociales, les groupes ethniques ainsi qu'entre les hommes et les femmes. Le livre blanc proposait quatre « prescriptions » : 1) aider les gens à prendre en main leur propre santé; 2) créer des partenariats entre le gouvernement national, les conseils de comté, les municipalités, les organisations bénévoles privées, les universités, les collèges, etc. pour favoriser la santé de la population; 3) renforcer la prévention des maladies et des blessures; 4) enrichir les connaissances grâce à des travaux de recherche et à des études d'impact sur la santé. Par ailleurs, cinq domaines d'intérêt ont été mis en évidence : l'activité physique, l'alimentation, le tabagisme, l'alcool/les drogues et la santé mentale.

En 2005, le gouvernement a produit le document *Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health – The Challenge of the Gradient*. Ce plan d'action était la première d'une série de mesures prises pour préparer le terrain à l'élaboration d'une stratégie nationale et intersectorielle sur le même thème. Il indiquait que, pour améliorer la santé de la population et assurer l'équité en santé, il fallait élaborer des stratégies générales axées sur la population, précisant qu'il ne suffisait pas d'axer les efforts sur une stratégie à risque élevé qui répondrait uniquement aux besoins des plus démunis.

Deux ans plus tard, le gouvernement a produit le document *Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health – The Challenge of the Gradient*⁸². Ce plan d'action était la première d'une série de mesures prises pour préparer le terrain à l'élaboration d'une stratégie nationale et intersectorielle sur le même thème. Il indiquait que, pour améliorer la santé de la population et assurer l'équité en santé, il fallait élaborer des stratégies générales axées sur la population, précisant qu'il ne suffisait pas d'axer les efforts sur une stratégie à risque élevé qui répondrait uniquement aux besoins des plus démunis.

A suivi, en 2007, le livre blanc qui expose la Stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales en santé. Cette stratégie représente le volet santé d'un vaste effort gouvernemental pour assurer une plus grande équité sociale, particulièrement au chapitre des études, de l'emploi et du revenu. La stratégie met en lumière quatre priorités :

- Aplanir les inégalités sociales qui contribuent aux disparités en santé (développement de la petite enfance, répartition équitable des revenus, égalité d'accès aux études et à l'emploi). À titre d'exemple, le gouvernement entend surveiller les tendances dans les inégalités de revenu et assurer une répartition plus équitable des revenus tout en maintenant l'assiette fiscale.

⁸¹ Ministry of Social Affairs, *Prescriptions for a Healthier Norway – A Broad Policy for Public Health*, gouvernement de la Norvège, 2003.

⁸² Norwegian Directorate for Health and Social Affairs, *The Challenge of the Gradient – Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health*, juin 2006, http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1245_2905a.pdf.

- Aplanir les inégalités sociales en ce qui concerne les comportements liés à la santé (alimentation, activité physique, tabagisme et autres comportements) et le recours aux services de santé. Exemples d'initiatives : campagnes d'information et de sensibilisation, promotion des fruits et légumes frais, activités physiques quotidiennes dans les écoles, réglementation de la publicité des aliments malsains, interdiction de fumer dans les bars, les cafés et les restaurants, politiques restrictives sur l'alcool, taxation des aliments malsains (boissons sucrées) et détaxation des aliments santé (eau en bouteille et jus) ainsi que réduction des frais d'utilisation pour les services de santé.
- Lancer des initiatives ciblées pour promouvoir l'inclusion sociale (pour éliminer l'itinérance, amener plus de personnes à travailler, réduire le nombre d'adultes qui abandonnent l'école malgré de faibles compétences de base, etc.).
- Renforcer les connaissances et concevoir des outils d'évaluation intersectoriels. Le gouvernement vérifiera les progrès réalisés dans les quatre domaines prioritaires grâce à un nouveau système d'examen et d'information qui produira un compte rendu systématique, régulièrement mis à jour, des progrès accomplis dans l'aplanissement des inégalités sociales en santé.

D'autres volets de la stratégie globale du gouvernement ont été présentés dans une série de rapports déposés au Storting, intitulés *Work, Welfare and Inclusion*⁸³, *Action Plan to Combat Poverty*⁸⁴ et *Early Intervention for Lifelong Learning*.

5.4 Mise en œuvre et surveillance

Le ministère de la Santé a la responsabilité générale de la Stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales en santé. La surveillance des indicateurs de santé de la population et la production de rapports annuels à ce sujet ont été confiées au Norwegian Institute of Public Health alors que le Research Council of Norway a pour mandat de renforcer la recherche sur la santé de la population. Beaucoup d'autres ministères contribuent à l'approche globale de la santé de la population, notamment le ministère de l'Enfance et des Affaires familiales, le ministère de l'Éducation, de la Recherche et des Affaires religieuses, et le ministère des Transports et des Communications.

Les municipalités et les comtés, parce qu'ils fournissent un grand nombre de programmes et de services, jouent un rôle clé dans l'exécution de la nouvelle politique. Le gouvernement national accorde des fonds de contrepartie aux comtés et aux municipalités qui créent des partenariats pour la réalisation du travail sur la santé de la population et qui arment solidement le volet santé de la population à leurs systèmes de planification.

⁸³ Royal Norwegian Ministry of Labour and Social Inclusion, *Work, Welfare and Inclusion, Report to the Storting No. 9 (2006–2007)*, novembre 2006, http://www.regjeringen.no/Upload/AID/vedlegg/stmeld_9_2006_english.pdf.

⁸⁴ Ministry of Foreign Affairs, *Norway's Action Plan 2015 for Combating Poverty in the South – Executive Summary*, mars 2002.

6.1 Principales constatations

- La Suède a adopté une vaste approche « pangouvernementale » de la santé de la population, et sa politique en la matière jouit d'une assise législative, la Loi sur les objectifs de santé publique de 2003. Cette loi représente la première politique officielle de la Suède sur la santé de la population, et l'une des premières stratégies au monde axées sur les déterminants de la santé.
- La Loi énonce 11 objectifs de santé de la population et établit des cibles spécifiques et mesurables pour chacun d'entre eux. La réalisation de ces objectifs met à contribution une cinquantaine de ministères et d'organismes.
- La Loi n'oblige pas le gouvernement à restructurer les ministères et les organismes, mais fait plutôt en sorte qu'ils renforcent la coordination et l'efficacité de leurs programmes en vue d'améliorer la santé de la population et de réduire les disparités en santé.
- Le ministre de la Santé publique et des Services sociaux dirige un organe exécutif national sur la santé de la population constitué tout spécialement pour faciliter la collaboration intersectorielle.
- Le Swedish National Institute of Public Health est tenu de surveiller les progrès accomplis dans la réalisation des 11 objectifs et d'en faire rapport tous les quatre ans.
- Il est trop tôt pour évaluer les effets de la Loi. Toutefois, celle-ci reflète manifestement la ferme volonté des plus hautes sphères politiques d'avoir une approche de la santé de la population qui soit intersectorielle et axée sur l'équité.

6.2 Responsabilité des pouvoirs publics

La Suède est une monarchie constitutionnelle, dont le chef d'État et premier ministre est élu par le Riksdag (le parlement suédois). Le régime politique suédois est unitaire mais très décentralisé dans la pratique, au point de ressembler à un régime fédéral sous bien des aspects. Comme au Canada, la responsabilité de la santé de la population est partagée entre le gouvernement national et les gouvernements infranationaux, soit 21 conseils de comté et 290 municipalités. Par son action législative et réglementaire, le gouvernement national exerce un solide leadership national et fixe les priorités, tandis que les conseils de comté et les municipalités jouent un rôle important dans l'exécution des programmes et la prestation des services.

- Le **gouvernement national** est responsable des questions d'intérêt public et des lois touchant la santé de la population, à savoir : soins de santé et affaires sociales; soutien du revenu; éducation; recherche; culture; agriculture; alimentation et consommation; emploi; communications; développement durable; justice (y

compris l'intégration et l'égalité hommes-femmes)⁸⁵. De plus, le gouvernement national transfère aux conseils de comté et aux municipalités des fonds destinés à la santé de la population, dont certains sont à usage général, alors que d'autres doivent servir aux fins spécifiées.

- Les **conseils de comté** sont entièrement responsables de la gestion et de la prestation des programmes et des services destinés à leur population, dans les limites de la législation nationale. Cette responsabilité touche les domaines suivants : soins primaires, soins hospitaliers, médicaments d'ordonnance, soins dentaires; santé publique et promotion de la santé; prévention des maladies; transports en commun (de concert avec les municipalités); développement régional; soutien à l'industrie et au commerce; culture; tourisme. Les conseils de comté tirent environ 70 p. 100 de leurs revenus des impôts qui s'appliquent sur leur territoire, le reste provenant des paiements de transfert du gouvernement national et des frais imposés pour les services et programmes. Composés de membres élus pour quatre ans, ils forment la plus haute instance décisionnelle au palier régional et administrent les dossiers qui sont trop onéreux pour les municipalités. Le gouvernement national examine et soutient le travail des conseils de comté par l'entremise d'un réseau d'organes de supervision⁸⁶.
- Les **municipalités** dirigent et gèrent les affaires locales, notamment : éducation préscolaire, primaire et secondaire; soins aux personnes âgées; aide aux personnes handicapées; services de sauvetage; services d'eau et d'égout; bibliothèques publiques; les transports en commun (de concert avec les conseils de comté). Elles délivrent également divers types d'autorisations, comme les permis d'aménagement ou les permis de débit de boissons. Elles jouent aussi un rôle actif dans la promotion du tourisme, de la culture et de l'entrepreneuriat. Le conseil municipal est la principale instance décisionnelle à ce niveau, et il se compose de membres élus pour quatre ans. Comme les conseils de comté, les municipalités sont habilitées à percevoir des taxes auprès de leur population, qui représentent environ 70 p. 100 de leurs revenus, le reste provenant du gouvernement national ou de la tarification des services. Comme dans le cas des conseils de comté, le gouvernement national examine et soutient le travail des municipalités par l'entremise d'un réseau d'organes de supervision⁸⁷.

⁸⁵ Government of Sweden, *Facts & Figures – Swedish Government Offices: Yearbook 2006*, 20 juin 2007, <http://www.sweden.gov.se/sb/d/2013/a/84433>.

⁸⁶ Swedish Administrative Development Agency, *How the Public Sector Works*, 2006, http://www.sverige.se/sverige/templates/pagelist___9954.aspx.

⁸⁷ *Ibid.*

6.3 Élaboration de la politique sur la santé de la population

En avril 2003, le Riksdag a adopté la Loi sur les objectifs de santé publique, d'initiative gouvernementale, qui établissait une politique nationale globale sur la santé de la population. Il s'agit d'une des premières approches « pangouvernementales » au monde axées sur les déterminants de la santé⁸⁸. Cette approche a été mise au point étape par étape au cours des 20 années précédentes.

En avril 2003, le Parlement suédois a adopté la Loi sur les objectifs de santé publique, d'initiative gouvernementale, qui établissait une politique nationale globale sur la santé de la population. Il s'agit d'une des premières approches « pangouvernementales » au monde axées sur les déterminants de la santé.

Au début des années 1980, la nature et les causes des disparités dans l'état de santé ont suscité un intérêt croissant au sein des milieux politiques et scientifiques. La principale source d'inspiration était le rapport Black⁸⁹, du Royaume-Uni, qui avait mis au jour de considérables inégalités en santé selon la catégorie professionnelle, le statut d'emploi, le sexe, le lieu de résidence, l'origine ethnique et le type de logement habité. Ces constatations ont amené le gouvernement de la Suède à examiner plus systématiquement les disparités en santé. Une étude comparative à l'échelle nationale a révélé que ces inégalités, bien que présentes en Suède, y semblaient moins accentuées qu'au Royaume-Uni. De plus, les explications données au sujet de la situation au Royaume-Uni ne s'avéraient pas plausibles dans le contexte suédois, étant donné le régime universel de protection sociale, le faible taux de pauvreté, les bonnes conditions de logement et le faible taux de chômage⁹⁰.

Soucieux d'approfondir les causes des disparités, le gouvernement suédois a créé en 1987 un organe consultatif – le Groupe de la santé publique – et l'a mandaté pour examiner la question. En 1991, ce groupe d'experts a formulé une stratégie exhaustive sur la santé de la population, qui n'a cependant pas débouché sur un programme d'action politique, mais une de ses recommandations a eu une suite : l'établissement, en 1992, du National Institute of Public Health, organisation qui a mis en branle diverses activités visant la promotion de la santé et la prévention des maladies au niveau national, dans les conseils de comté et dans les municipalités.

En 1997, le gouvernement suédois a créé la Commission nationale sur la santé publique, en lui donnant pour mandat de fixer des objectifs nationaux sur la santé de la population et de définir les stratégies à adopter pour les concrétiser. La Commission était formée de représentants des sept partis politiques présents au Parlement et de plusieurs

⁸⁸ Taylor & Francis Health Sciences, Chapter 2: The Public Health Objective Bill (Govt. Bill 2002/03:35) – Extended Summary, *Scandinavian Journal of Public Health*, 32 (supplément 64), 2004, p. 18-59, http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporteur/supplement_2objectivebill0502.pdf.

⁸⁹ *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group* (Sir Douglas Black, président), United Kingdom Department of Health and Social Security, 1980, <http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm>.

⁹⁰ Piroška Östlin et Finn Diderichsen, *Equity-Oriented National Strategy for Public Health in Sweden*, Centre européen pour la politique de santé, Organisation mondiale de la santé, 2001, <http://www.who.int/hia/examples/development/whohia036/en/index.html>.

conseillers et experts scientifiques issus des autorités nationales, des universités, des syndicats et des organisations non gouvernementales⁹¹. Elle a déposé en octobre 2000 son rapport final, intitulé *Health on Equal Terms – National Goals for Public Health*, qui contenait 18 objectifs de santé ainsi qu'une série d'indicateurs précis permettant de mesurer leur degré de réalisation. Le rapport recommandait de confier au National Institute of Public Health la tâche de surveiller les progrès.

En décembre 2002, le gouvernement national a répondu à ce rapport en déposant au Parlement un projet de loi faisant état de 11 objectifs généraux visant la santé de la population et modelés en bonne partie sur ceux de la Commission nationale sur la santé publique. Le Riksdag a adopté en avril 2003 la Loi sur les objectifs de santé publique, qui avait un double but : créer des conditions sociales assurant une bonne santé à l'ensemble de la population et réduire les disparités en santé entre les différents groupes de la population. Le gouvernement national estimait que la santé de la population était essentielle au développement social et que les efforts visant à l'améliorer devraient faire partie intégrante du travail accompli pour renforcer la croissance durable, la protection sociale et la durabilité écologique à l'échelle de la Suède.

La Loi sur les objectifs de santé publique, adoptée en 2003, avait un double but : créer des conditions sociales assurant une bonne santé à l'ensemble de la population et réduire les disparités en santé entre les différents groupes de la population.

Les 11 objectifs sont les suivants : participation et influence dans la société; sécurité économique et sociale; conditions de vie saines et favorables pendant l'enfance et l'adolescence; vie professionnelle plus saine; milieux et produits sains et sans danger; soins médicaux et de santé qui font une promotion active de la santé; protection efficace contre les maladies transmissibles; sexualité sans risque et bonne santé reproductive; augmentation de l'activité physique; bonnes habitudes alimentaires et aliments sains ; utilisation réduite du tabac et de l'alcool, élimination de la consommation de drogues illicites et réduction des effets pervers du jeu compulsif. Les six premiers objectifs sont liés aux facteurs structurels, c'est-à-dire les conditions de la société et du milieu environnant qu'on peut infléchir en façonnant l'opinion publique et en prenant des décisions politiques à différents niveaux, alors que les cinq autres concernent les modes de vie individuels, qui peuvent également être influencés par l'environnement social⁹².

La Loi sur les objectifs de santé publique n'oblige pas le gouvernement à restructurer les ministères et organismes, mais fait plutôt en sorte qu'ils renforcent la coordination et l'efficacité de leurs programmes servant à améliorer la santé de la population.

Des cibles précises et mesurables ont été définies pour chacun des 11 objectifs, dont la réalisation fait appel à une cinquantaine de ministères et d'organismes. Le

⁹¹ *Ibid.*

⁹² Swedish National Institute of Public Health, *Sweden's New Public Health Policy – National Public Health Objectives for Sweden*, 2003, http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/English/roll_eng.pdf.

National Institute of Public Health surveille les progrès accomplis dans l'atteinte des objectifs nationaux et en fait rapport tous les quatre ans.

Il y a lieu de mentionner que ces objectifs n'étaient pas nécessairement nouveaux. En fait, plusieurs d'entre eux sous-tendaient déjà divers enjeux d'intérêt public et correspondaient bien aux visées de la Loi sur les objectifs de santé publique. Lors de l'édiction de la Loi, le gouvernement avait l'intention d'adopter des cibles supplémentaires si le besoin s'en faisait sentir. La Loi n'oblige pas le gouvernement à restructurer les ministères et organismes, mais fait plutôt en sorte qu'ils renforcent la coordination et l'efficacité de leurs programmes servant à améliorer la santé de la population.

On a avancé que les facteurs suivants avaient facilité l'élaboration de la politique nationale sur la santé de la population en Suède et l'adoption d'une loi : une tradition de social-démocratie; une relation solide avec le mouvement syndical; un régime très étoffé de protection sociale; le désir exprimé par les municipalités de voir des objectifs nationaux; la participation des politiciens de toutes allégeances; une solide connaissance de la chose civique; un processus très démocratique; une volonté politique d'équité; un organisme de surveillance de niveau supérieur; l'établissement de buts intersectoriels; de solides données probantes; une préférence pour les approches collectives systémiques⁹³.

Par rapport à d'autres pays comparables, la Suède a jeté à un stade relativement précoce les bases d'une politique nationale cohérente sur la santé de la population. À plus long terme, le fait que la communauté internationale et d'autres pays fondent de plus en plus leurs politiques d'intérêt public sur les déterminants de la santé revêtira une importance croissante et aidera certainement la Suède à confirmer la légitimité de son approche.

6.4 Mise en œuvre de la politique sur la santé de la population

En Suède, la responsabilité d'appliquer la politique sur la santé de la population est divisée entre différents secteurs à chaque niveau de gouvernement (ministères et organismes nationaux, conseils de comté et municipalités). Elle s'étend aussi aux organisations non gouvernementales, aux syndicats et aux universités. On a avancé que cette approche est unique en son genre par son étendue et représente un modèle de gouvernance pour l'action intersectorielle axée sur la santé de la population⁹⁴.

En Suède, la responsabilité d'appliquer la politique sur la santé de la population est divisée entre différents secteurs à chaque niveau de gouvernement (ministères et organismes nationaux, conseils de comté et municipalités). Elle s'étend aussi aux organisations non gouvernementales, aux syndicats et aux universités. On a avancé que cette approche est unique en son genre par son étendue et représente un modèle de gouvernance pour l'action intersectorielle axée sur la santé de la population.

⁹³ Agence de santé publique du Canada, *Au croisement des secteurs – Expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé*, 2007, http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index_f.html.

⁹⁴ *Ibid.*, p. 26.

Comme indiqué précédemment, la Loi sur les objectifs de santé publique ne prescrit aucun changement dans la répartition des responsabilités entre les ministères et organismes dont les attributions touchent les 11 objectifs. Elle exige cependant que les ministères, lorsqu'ils ébauchent des propositions, prennent en considération les incidences sur la santé de la population, peu importe le domaine d'activité concerné. De la même façon, les ministères et organismes gouvernementaux doivent tenir compte des incidences de chacune de leurs actions sur la santé de la population. Le National Institute of Public Health a la responsabilité particulière de coordonner ces travaux tout en appuyant les efforts déployés.

La Loi sur les objectifs de santé exige que les ministères, lorsqu'ils ébauchent des propositions, prennent en considération les incidences sur la santé de la population, peu importe le domaine d'activité concerné. De la même façon, les ministères et organismes gouvernementaux doivent tenir compte des incidences de chacune de leurs actions sur la santé de la population.

Étant donné que la nouvelle Loi touche de nombreux domaines d'activité, la responsabilité politique est partagée entre divers secteurs et différents paliers de la société. Le gouvernement suédois a reconnu la nécessité d'exercer un certain contrôle politique intersectoriel sur la politique relative à la santé de la population. À cette fin, il a établi un organe exécutif national spécial sur la santé de la population, dirigé par le ministre de la Santé publique et des Services sociaux. Cet organe exécutif, dont font également partie des ministres d'autres secteurs, supervise la mise en œuvre continue des objectifs de santé de la population qui débordent du secteur de la santé⁹⁵.

6.5 Surveillance et évaluation de la loi

Comme indiqué plus haut, le National Institute of Public Health a pour mandat de surveiller les progrès réalisés sous l'égide de la nouvelle politique et de faire rapport à ce sujet. Il a collaboré avec les ministères et organismes gouvernementaux concernés, la Swedish Association of Local Authorities (qui représente les municipalités) et la Federation of Swedish County Councils pour déterminer quels sont les indicateurs et les statistiques qui permettent le mieux de mesurer le lien entre les déterminants et leurs effets sur la santé de la population. Tous les organismes gouvernementaux concernés doivent participer activement et contribuer à la collecte, à l'analyse, à l'évaluation et à la présentation des données et payer leur part des coûts.

Le National Institute of Public Health a pour mandat de surveiller les progrès réalisés sous l'égide de la nouvelle politique et de faire rapport à ce sujet. Tous les organismes gouvernementaux concernés doivent participer activement et contribuer à la collecte, à l'analyse, à l'évaluation et à la présentation des données et payer leur part des coûts.

L'institut appuie les organismes et ministères gouvernementaux en tenant des rencontres et soutient les municipalités et les conseils de comté par différents moyens,

⁹⁵ *Ibid.*

notamment en participant à des colloques et à des conférences locales et régionales, en rendant visite aux municipalités et en produisant des synthèses des connaissances et des rapports. Il s'agit d'aider les organismes régionaux et locaux à mettre au point des méthodes pour évaluer les répercussions, sur la santé, des activités menées dans leur domaine de travail. L'institut a également recueilli des statistiques de base sur la santé publique pour aider les municipalités à planifier et à surveiller leurs travaux touchant la santé de la population. La base de données ainsi constituée renferme des informations sur la santé de la population pour toutes les municipalités et pour les districts des trois principales villes suédoises.

Le National Institute of Public Health a publié en 2005 son premier rapport d'évaluation relatif à la Loi sur les objectifs de santé publique⁹⁶. Ce rapport indique que la nouvelle politique semble avoir un effet positif à la fois sur la santé en général et sur les disparités observées entre différents groupes sociaux. Parce qu'on ne sait pas encore très bien dans quelle mesure la politique répond aux besoins de groupes particuliers, l'institut a signalé qu'il était nécessaire d'élaborer, pour les déterminants de la santé, des indicateurs plus sensibles à l'équité, qui démontreront l'effet des politiques sur différents sous-groupes; ce sera une étape importante dans le redressement des inégalités en santé. Ces travaux seront menés en collaboration avec Statistics Sweden, le National Board of Welfare and Health et le Stockholm Centre for Health Equity Studies⁹⁷.

CHAPITRE 7 : Analyse Comparative

7.1 Introduction

Les chapitres précédents ont décrit les moyens utilisés pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer la politique sur la santé de la population dans un certain nombre de pays. Le présent chapitre résume les enseignements à tirer de l'examen et de la comparaison des différentes politiques nationales et de l'étude des informations recueillies dans la documentation⁹⁸.

⁹⁶ Swedish National Institute of Public Health, *The 2005 Public Health Policy Report – Summary*, octobre 2005, <http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/r200544fhprsummary0511.pdf>.

⁹⁷ Caroline Costongs, Ingrid Stegeman, Sara Bensaude De Castro Freire et Simone Weyers, *Closing the Gap – Strategies for Action to Tackle Health Inequalities: Taking Action on Health Equity*, Commission européenne, mai 2007, <http://www.health-inequalities.eu/?uid=2302287e264715c480d6449302b63587&id=Seite872>.

⁹⁸ Plus précisément, la documentation recensée est la suivante :

- Caroline Costongs, Sara Bensaude De Castro Freire et Simone Weyers, *Taking Action on Health Equity – Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities*, Commission européenne, mai 2007, <http://www.health-inequalities.eu/?uid=e786a37d3bb9ffcc3aa378b481aaa3a&id=Seite872>.
- Ken Judge, Stephen Platt, Caroline Costongs et Kasia Jurczak, *Health Inequalities: a Challenge for Europe*, Commission européenne, octobre 2005, http://www.eurohealthnet.eu/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=101&Itemid=137.
- Iain K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliot et Hilary Wallace, *Policies to Reduce Inequalities in Health in 13 Countries, Report no. 3: Review Group on International Public Health Policy*, Écosse, mars 2005, <http://www.healthscotland.com/documents/1094.aspx>.

7.2 Virage dans la façon de penser et d’agir des décideurs

La publication du rapport Black (1980) et de la stratégie Santé pour tous de l’OMS (1981), documents d’une importance cruciale, ont marqué un virage dans la façon de penser et d’agir des décideurs publics face à la santé. La notion de santé, qui se limitait jusque-là au traitement des maladies, a été élargie à la prévention des maladies et en définitive à ce que nous qualifions maintenant de « santé des populations ». De nos jours, il est communément admis que la santé subit l’influence d’un large éventail de facteurs sociaux, économiques et environnementaux et que les grandes disparités en santé sont évitables et, du coup, injustes et inacceptables. En général, les récentes améliorations en matière de santé n’ont pas bénéficié uniformément à l’ensemble de la population. Des pays ont constaté une accentuation de certaines disparités et craignent que l’écart entre les plus avantagés et les plus démunis se creuse à mesure que se poursuivent les tendances qui caractérisent les déterminants socioéconomiques fondamentaux de la santé.

De nets décalages ont été observés entre la constatation initiale des disparités, l’élaboration d’une politique nationale visant à les atténuer et la réalisation de progrès dans la réduction des disparités. Selon les experts, il est temps de laisser de côté la description du problème pour commencer à mettre en œuvre des stratégies et des mesures systématiques efficaces.

Dans cette perspective, plusieurs pays ont mis au point des stratégies axées sur les disparités en santé, comme c’est le cas par exemple pour l’Angleterre, la Finlande et la Nouvelle-Zélande. Ils ont toutefois observé de nets décalages entre la constatation initiale des disparités, l’élaboration d’une politique nationale visant à les atténuer et la réalisation de progrès dans la réduction des disparités. Selon les experts, il est temps de laisser de côté la description du problème pour commencer à mettre en œuvre des stratégies et des mesures systématiques efficaces.

En général, les récentes améliorations en matière de santé n’ont pas bénéficié uniformément à l’ensemble de la population. Des pays ont constaté une accentuation de certaines disparités et craignent que l’écart entre les plus avantagés et les plus démunis se creuse à mesure que se poursuivent les tendances qui caractérisent les déterminants socioéconomiques fondamentaux de la santé.

Les experts estiment qu’il n’y a pas de moyen meilleur que les autres pour aborder les déterminants de la santé et réduire les disparités. Les gouvernements de tous les pays

-
- Commission on Social Determinants of Health, *Action on the Social Determinants of Health: Learning From Previous Experiences*, Organisation mondiale de la santé, mars 2005, http://www.who.int/social_determinants/resources/latest_publications/en/.
 - Iain L. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott et Hilary Wallace, *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*, Organisation mondiale de la santé, 2005, http://www.who.int/social_determinants/resources/en/.
 - Iain K. Crombie, Linda Irvine, Lawrence Elliott et Hilary Wallace, *Understanding Public Health Policy – Learning from International Comparisons, A report to NHS Health Scotland*, septembre 2003, <http://www.healthscotland.com/documents/992.aspx>.
-

étudiés souscrivent aux valeurs et aux principes d'équité qui sous-tendent la santé et disent vouloir améliorer la santé de la population et réduire les disparités sur leur territoire, mais chacun s'attaque au problème à sa manière. La démarche de chaque pays dépend de l'évolution historique et du positionnement actuel de ses structures politiques, économiques, administratives et sociales, qui influent sur la nature et l'étendue des mesures possibles. Par conséquent, les politiques et les stratégies les plus efficaces diffèrent d'un pays à l'autre.

7.3 Buts, objectifs et cibles

Les buts, les objectifs et les cibles en santé font partie intégrante des politiques sur la santé des populations. Ils constituent des paramètres utiles pour déterminer les données à recueillir et les indicateurs à mesurer, pour établir des repères, définir les points d'intérêt et surveiller les progrès. Chaque pays décide toutefois de la nature et du nombre des buts, des objectifs et des cibles à adopter.

Dans les pays que nous avons étudiés, certains buts et cibles visent des résultats précis liés, par exemple, à la mortalité, à la morbidité et à des symptômes ou troubles en particulier. Leur choix est facilité par l'accessibilité relative des données pertinentes et le lien évident avec la santé. D'autres buts et cibles retenus visent les comportements sains ou les environnements

Seuls quelques pays, comme l'Angleterre et la Suède, ont fixé des cibles pour réduire les disparités en santé dans des lieux géographiques donnés ou selon le statut d'emploi, le sexe ou l'origine ethnique.

sains, tandis qu'un petit nombre porte sur les services sociaux, mais dans tous les cas il faut aller au-delà des apparences pour comprendre à fond leurs effets sur la santé des citoyens et de la population. En ce qui concerne les disparités dans l'état de santé, seuls quelques pays, comme l'Angleterre et la Suède, ont fixé des cibles pour les réduire dans des lieux géographiques donnés ou selon le statut d'emploi, le sexe ou l'origine ethnique.

En général, les autochtones ont un état de santé nettement moins bon que le reste de la population. L'Australie et la Nouvelle-Zélande accordent une attention particulière à la santé des aborigènes. La Stratégie pour la santé des Maoris adoptée par la Nouvelle-Zélande, par exemple, cherche à réduire les disparités entre les Maoris et le reste de la population au moyen d'une vaste approche consistant à améliorer les déterminants de la santé et à surmonter les obstacles systémiques qui placent les aborigènes dans une situation désavantageuse.

7.4 Surveillance, évaluation et recherche

Un défi auquel tous les pays sont confrontés est le manque de données sur l'efficacité des mesures prises pour réduire les disparités en santé. C'est pourquoi plusieurs gouvernements ont établi des programmes nationaux de recherche; en Norvège, en Suède et en Finlande, des instituts nationaux de santé publique surveillent la santé de la population et en font rapport. Les experts s'entendent pour dire qu'il est essentiel de surveiller et d'évaluer continuellement les politiques et les stratégies afin de produire des

données sur l'efficacité des différents moyens de réduire les disparités et d'améliorer la santé de la population.

7.5 Rôle du secteur de la santé et d'autres intervenants

Le secteur de la santé a un rôle de premier plan à jouer pour ce qui est de collaborer avec les intervenants d'autres secteurs responsables de politiques et de programmes qui ont un effet direct ou indirect sur la santé de la population et les disparités en santé.

L'appui des ministères des Finances revêt une importance particulière, non seulement pour que la mise en œuvre des stratégies bénéficie d'un financement suffisant, mais aussi pour que les autres ministères adhèrent à toute initiative dans le domaine de la santé. Lorsqu'un ministère de la Santé veut faire modifier des politiques ou des programmes d'autres ministères pour améliorer les résultats, il rencontre souvent une résistance à « l'impérialisme de la santé ». Mais lorsqu'un organisme central comme le ministère des Finances prend la direction d'une initiative, il est plus facile d'obtenir une coopération véritable. En Angleterre, le rôle du ministère des Finances et l'utilisation qu'il a faite d'un examen intersectoriel des dépenses ont été déterminants pour la mise en œuvre de politiques visant à réduire les disparités en santé dans l'ensemble des organismes gouvernementaux et des autres ministères.

L'appui des ministères des Finances revêt une importance particulière, non seulement pour que la mise en œuvre des stratégies bénéficie d'un financement suffisant, mais aussi pour que les autres ministères adhèrent à toute initiative dans le domaine de la santé. En Angleterre, le rôle du ministère des Finances et l'utilisation qu'il a faite d'un examen intersectoriel des dépenses ont été déterminants pour la mise en œuvre de politiques visant à réduire les disparités en santé dans l'ensemble des organismes gouvernementaux et des autres ministères.

7.6 Étude d'impact sur la santé

L'étude d'impact sur la santé est une pratique bien établie dans la plupart des pays visés par l'étude. Elle sert à différentes fins, par exemple à traiter les déterminants de la santé et les inégalités, à évaluer le rôle des politiques de l'extérieur du secteur de la santé dans la promotion et la protection de la santé et à intégrer les questions de santé dans le processus pangouvernemental d'élaboration des politiques. Dans certains pays, comme la Suède et la Nouvelle-Zélande, la loi sur la santé publique a servi à intégrer les études d'impact dans les mécanismes gouvernementaux. Le gouvernement du Royaume-Uni a souvent manifesté son soutien aux études d'impact, mais n'a pas légiféré pour les rendre obligatoires en Angleterre.

L'étude d'impact sur la santé sert à différentes fins, par exemple à traiter les déterminants de la santé et les inégalités, à évaluer le rôle des politiques de l'extérieur du secteur de la santé dans la promotion et la protection de la santé et à intégrer les questions de santé dans le processus pangouvernemental d'élaboration des politiques.

Il ressort de notre étude que l'utilisation des études d'impact sur la santé se trouve facilitée lorsque les ministères et organismes nationaux, les administrations locales et les organisations reçoivent une aide pour la collecte, l'analyse et l'évaluation des données. Toutefois, les demandes de plus en plus fréquentes formulées en ce sens par d'autres secteurs font qu'il est devenu nécessaire de perfectionner les compétences du personnel dans les sections responsables de la santé; le manque de capacité et de ressources est souvent mentionné comme un obstacle à la réalisation d'études d'impact.

7.7 Régionalisation

Certains gouvernements, comme ceux de l'Angleterre, de la Nouvelle-Zélande et de la Suède, ont transféré la responsabilité principale de la réduction des inégalités en santé aux autorités régionales et locales, en les chargeant dans bien des cas d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'action. Cependant, des normes et des stratégies nationales s'imposent pour faire pendant aux plans et aux programmes régionaux et locaux et pour aider les administrations et les intervenants de tous les niveaux à développer leur capacité de s'attaquer aux inégalités de manière efficace et soutenue.

7.8 Approche intersectorielle

Un défi largement reconnu pour ceux qui veulent élaborer et mettre en œuvre une politique sur la santé de la population est l'active participation de tous les ministères concernés. Idéalement, une vaste démarche interministérielle se mettrait en branle de façon coordonnée pour que les mesures adoptées se concrétisent en même temps et agissent en synergie dans toute la mesure du possible. Cette façon de procéder tombe sous le sens et paraît simple à appliquer, mais elle suppose en réalité une logistique difficile. Sauf pour deux exceptions notables, l'Angleterre (Sous-comité du Cabinet) et la Suède (organe exécutif national sur la santé de la population), très peu de mécanismes efficaces ont été inventés pour assurer une coordination interministérielle.

Un défi largement reconnu pour ceux qui veulent élaborer et mettre en œuvre une politique sur la santé de la population est l'active participation de tous les ministères concernés. Idéalement, une vaste démarche interministérielle se mettrait en branle de façon coordonnée pour que les mesures adoptées se concrétisent en même temps et agissent en synergie dans toute la mesure du possible.

La collaboration intersectorielle est encore plus compliquée dans les fédérations, telles que l'Australie et le Canada, où différents ordres de gouvernement se partagent des responsabilités étroitement interdépendantes, mais différentes, concernant la santé de la population. Le transfert de responsabilités aux autorités régionales ou locales, comme en Finlande, où les municipalités appliquent les programmes de protection sociale, de soins de santé, d'éducation et d'activités culturelles, vient compliquer la situation. Il n'existe pas encore de mécanismes servant à coordonner efficacement l'action intersectorielle au niveau des autorités locales et des collectivités.

Un autre défi relativement aux politiques sur la santé de la population consiste à mobiliser les nombreux acteurs autres que les ministères qui influent directement sur la vie et la santé des gens dans toutes sortes de situations : écoles, secteur des soins de santé primaires, secteur bénévole, groupes de lutte contre la pauvreté, ONG, employeurs; la liste est longue. En Suède, grâce à un processus inclusif d'élaboration des politiques, les partis d'opposition, la population et d'autres intervenants ont été parties prenantes à la nouvelle approche aux étapes de la recherche, de la consultation et de la mise en œuvre.

7.9 Intervention gouvernementale

Trois approches différentes ont été adoptées par les gouvernements face aux disparités en santé. La première est la politique globale ou « pangouvernementale » caractéristique de l'Angleterre. Elle aborde tant les déterminants de la santé en amont (p. ex. revenu, éducation et emploi) que ceux en aval (p. ex. alimentation, exercice et tabagisme) et cible des groupes précis (définis par l'âge, le sexe, le revenu et l'origine ethnique). Un comité du Cabinet de haut niveau supervise la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population, et des formules d'affectation des fonds ministériels déterminent la répartition des ressources entre les différents programmes qui visent à réduire les disparités en santé.

Des approches différentes ont été adoptées par les gouvernements face aux disparités en santé. Bien qu'il n'y ait pas de moyen meilleur que les autres pour réduire les disparités en santé, les experts conviennent que plus une stratégie pangouvernementale est ciblée et intégrée, meilleures sont les chances d'obtenir les résultats souhaités.

Selon la deuxième approche, le ministère de la Santé établit la politique sur la santé de la population, comme c'est le cas en Finlande, en Nouvelle-Zélande, en Norvège et en Suède. Il existe aussi des politiques distinctes sur la pauvreté, l'inclusion sociale et la justice sociale, qui ont toutes un lien direct avec les causes sous-jacentes de la mauvaise santé (faible revenu, chômage, logement, itinérance et exclusion sociale). Les experts sont d'avis qu'il est nécessaire d'intégrer les politiques dans tous ces domaines. Malheureusement, le lien entre la politique sur la santé de la population et la politique sur la pauvreté, l'inclusion sociale et la justice sociale n'est pas aussi largement reconnu qu'il devrait l'être.

En vertu de la troisième approche, des mesures sont appliquées séparément pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en santé, sans plan d'action général. Dans ce cas, comme en Australie, plusieurs ministères mettent en œuvre, sans coordination ou presque, des stratégies sur la santé de la population qui visent des disparités précises (p. ex. le tabagisme et l'alimentation) ou des groupes donnés (comme les plus démunis).

Les experts estiment qu'il n'y a pas de moyen meilleur que les autres pour réduire les disparités en santé, mais ils conviennent tous que plus une stratégie pangouvernementale est ciblée et intégrée, meilleures sont les chances d'obtenir les résultats souhaités. Ils croient aussi que les politiques visant à réduire les disparités et leur mise en œuvre sont plus susceptibles d'être efficaces si elles font l'objet d'une

coordination stratégique – conformément à un plan d’action bien défini comportant des cibles précises et des échéanciers réalistes qui peut être appliqué et surveillé.

7.10 Conclusion

Comme le montre notre étude, plusieurs pays auxquels le Canada est souvent comparé sont en train d’élaborer des politiques sur la santé de la population. Cette situation peut nous ouvrir l’accès à des données probantes très utiles sur les mesures d’intérêt public.

Le Canada peut profiter de l’impulsion pour concevoir et appliquer des approches qui lui sont propres.

Elle nous indique aussi que le Canada peut profiter de cette impulsion pour concevoir et appliquer des approches qui lui sont propres. Il y aura toutefois certains obstacles et défis à surmonter.

Une des grandes difficultés pour la mise en œuvre d’une politique sur la santé de la population est le fait que la responsabilité en matière de santé est répartie entre les gouvernements, en l’occurrence le gouvernement fédéral, les provinces et territoires et les municipalités, ainsi qu’une foule d’intervenants privés, qui s’occupent tous à différents niveaux de certains des nombreux déterminants de la santé. La solution réside dans l’établissement de mécanismes interministériels, intergouvernementaux et intersectoriels efficaces, mais elle n’a pas encore vu le jour au Canada.

La volonté politique et sociétale de s’attaquer aux disparités en santé est essentielle. Le grand public doit voir les disparités comme un problème sérieux, voire tragique, et il faut que la classe politique juge impérative la mise en place de solutions. Il importe d’utiliser un langage clair et facile à comprendre pour sensibiliser le public à la question et pour convaincre les intervenants de la nécessité de réduire les disparités comme première étape importante vers l’optimisation de la santé.

Un autre défi est la nécessité de mettre en place des mesures à long terme avant de modifier un grand nombre des déterminants fondamentaux – éducation, éducation de la petite enfance, soutien du revenu, logement public, etc. – et avant d’apporter des améliorations mesurables dans la santé et les disparités. L’échéancier à prévoir dépasse largement les horizons politiques des gouvernements les plus tournés vers l’avenir. Il est difficile de réorganiser ou de reformuler une politique sur la santé de la population sous le régime de gouvernements successifs. Le consensus politique est crucial si l’on veut élaborer des politiques et des stratégies à long terme en matière de santé.

Enfin, une fois que la politique sur la santé de la population a été élaborée, il faut suffisamment de ressources financières et humaines pour la mettre en œuvre à tous les niveaux visés. Les mesures à long terme nécessitent un investissement soutenu. Certains experts réalistes prétendent qu’il n’est à peu près pas faisable d’élaborer et de mettre en œuvre simultanément un ensemble coordonné de politiques sur la santé de la population et qu’une démarche progressive est la meilleure solution applicable.

ANNEXE 1 – LISTE DES TÉMOINS

ORGANISATION	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
39^e législature 1^e Session			
Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé	L'honorable Monique Bégin, P.C., commissaire	22-02-2007	1
Institut de recherche sur la santé des populations	Ronald Labonté, chaire de recherche du Canada sur la mondialisation contemporaine et l'égalité en matière de santé	28-02-2007	1
Provincial Health Services Authority, B.C.	Dr. John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies	28-02-2007	1
School of Health Policy and Management - Université York	Dennis Raphael, Professor	28-02-2007	1
Agence de santé publique du Canada	Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques, Direction générales des politiques stratégiques, des communications et des services généraux	21-03-2007	2
Kunin-Lunenfield Applied Research Centre	Sholom Glouberman, scientifique associé	21-03-2007	2
Agence de santé publique du Canada	Maura Ricketts, directrice générale par intérim, Bureau de la pratique en santé publique, Pratique en santé publique et opérations régionales	21-03-2007	2

ORGANISATION	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
Agence de santé publique du Canada	Dr. Sylvie Stachenko, administrateur en chef adjoint de la santé publique, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladie chroniques	21-03-2007	2
Statistique Canada	Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement	21-03-2007	2
Institut de la santé publique et des populations	Dr John Frank, directeur scientifique, Instituts de recherche en santé du Canada	28-03-2007	2
Santé et politiques sociales dans le monde	Dr. Jody Heymann, chaire de recherche du Canada sur la santé et les politiques sociales dans le monde	28-03-2007	3
Université McGill	Dr. John Lynch, chaire de recherche du Canada en santé des populations	28-03-2007	3
Agence de santé publique du Canada	Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques	25-04-2007	3
Affaires indiennes et du Nord Canada	Marc Brooks, directeur général, Direction générale du développement communautaire, secteur des politiques socio-économiques et opérations régionales	25-04-2007	3
Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université du Manitoba	John O'Neil, professeur et directeur	25-04-2007	3
Santé Canada	Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits	25-04-2007	3
Institut de la santé des Autochtones (ISA) pour l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC	Dr Jeff Reading, directeur scientifique	25-04-2007	3

ORGANISATION	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
Faculté de recherche/Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit	Sylvia Abonyi, chaire de recherche pour la santé des Autochtones au Canada	02-05-2007	3
Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)	Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications	02-05-2007	3
Université de la Colombie-Britannique - Département de psychologie	Dr Michael J. Chandler, professeur à l'Université de la Colombie-Britannique et chercheur émérite des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé	02-05-2007	3
Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)	Carole L. Lafontaine, directrice générale intérimaire	02-05-2007	3
Université de Toronto	Dr Kue Young, professeur, département des services de santé publique	02-05-2007	3
Observatoire Vieillesse et Société (OVS)	Dr André Davignon, fondateur	16-05-2007	4
Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse	Valerie J. White, directrice exécutive, secrétariat des aînés	16-05-2007	4
Agence de santé publique du Canada - Division du vieillissement des aînés	Margaret Gillis, directrice	16-05-2007	4
Association canadienne de gérontologie	Mark Rosenberg, professeur à l'Université Queen's	16-05-2007	4
The CHILD Project	Dr Hillel Goelman, directeur, Senior Scholar, Human Early Learning Partnership (HELP)	30-05-2007	4
Instituts de recherche en santé du Canada	Dr Michael Kramer, directeur scientifique, Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents	30-05-2007	4
Council of Early Child Development	Stuart Shankar, professeur, président	30-05-2007	4

ORGANISATION	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
Manitoba Métis Foundation	Dre Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba	31-05-2007	4
Ralliement national des Métis	David Chartrand, ministre de la Santé	31-05-2007	4
Ralliement national des Métis	Marc LeClair, conseiller national du ministre de la Santé	31-05-2007	4
Ralliement national des Métis	Rosemarie McPherson, porte-parole national des femmes de la Nation métisse	31-05-2007	4
Ministère de la Santé de C.B.	Dr Evan Adams, médecin-conseil en santé autochtone, Bureau du médecin-hygiéniste en chef	01-06-2007	5
Manitoba Métis Foundation	Dre Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba	01-06-2007	5
Institut de la santé des Autochtones	Laura Commanda, directrice adjointe, Partenariats, applications des connaissances et des relations internationales	01-06-2007	5
Pauktuutit Inuit Women of Canada	Jennifer Dickson, directrice générale	01-06-2007	5
Association des femmes autochtones du Canada	Claudette Dumont-Smith, conseillère principale en santé	01-06-2007	5
Indigenous People's Health Research Centre	Willie Ermine, professeur, auteur- éthicien	01-06-2007	5

ORGANISATION	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
Inuit Tapiriit Kanatami	Anna Fowler, coordonnatrice de projets, ministère de la Santé	01-06-2007	5
Association nationale des centres d'amitié	Alfred J. Guay, analyste des politiques	01-06-2007	5
Assemblée des Premières Nations	Valerie Gideon, directrice de la Santé et du Développement social	01-06-2007	5
Université de l'Alberta	Malcom King, professeur, Faculté de médecine	01-06-2007	5
Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada	Julie Lys, directrice, Région des Territoires du Nord-Ouest	01-06-2007	5
Université de Toronto	Chandrakant P. Shah, professeur émérite	01-06-2007	5
Congrès des Peuples Autochtones	Erin Wolski, coordonnatrice des programmes de politique sanitaire	01-06-2007	5
39^e Législature 2^e Session			
Ministère de la Santé et des Affaires sociales	Irene Nilsson-Carlsson, directeur général adjoint, Division de la santé publique	22-11-2007	1
Institut national de santé publique de Suède	Dr. Gunnar Agren, directeur général	22-11-2007	1
Inst. Karolinska, Dépt. des services de santé publique	Dr. Piroaska Ostlin, chercheur principal	22-11-2007	1
Institut national de santé publique de Suède	Bernt Lundgren	22-11-2007	1
The Quaich Inc.	Patsy Beattie-Huggan, présidente	30-11-2007	1
L'université McMaster	John Eyles, prof., École de géographie et des sciences de la Terre	30-11-2007	1
Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard	Teresa Hennebery, sous-ministre adjointe, Secteur opérationnel	30-11-2007	1

ORGANISATION	NOM, TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
Groupe d'étude sur les politiques et la santé	France Gagnon, professeure et co-directrice	05-12-2007	2
Université de Montréal	Nicole Bernier, PhD, chercheure-adjointe	05-12-2007	2
Ministère de la santé du Royaume-Uni	Dr. Fiona Adshead, directrice générale, amélioration de la santé	11-12-2007	2
Autorité sanitaire du district intérieur de la C.B.	Lex Baas, directeur de la santé des populations	12-12-2007	2
Université de la Colombie-Britannique	James Frankish, professeur et directeur	12-12-2007	2
Le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario	Pegeen Walsh, directrice, Prévention des maladies chroniques	06-02-2008	3
Réseau d'intégration des services de santé de Toronto	Laura Pisko-Bezruchko, directrice principale de la planification	06-02-2008	3
l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa	Dr. Andrew Pipe, directeur médical, Centre de prévention et réadaptation	06-02-2008	3

SENATE



SÉNAT

**MATERNAL HEALTH AND EARLY
CHILDHOOD DEVELOPMENT IN CUBA**

**Second Report of the
Subcommittee on Population Health of the
Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology**

Chair
The Honourable Wilbert J. Keon

Deputy Chair
The Honourable Lucie Pépin

February 2008

Ce document est disponible en français

Available on the Parliamentary Internet:

www.parl.gc.ca

(Committee Business – Senate - Recent Reports)

39th Parliament – 2nd Session

TABLE OF CONTENTS

ORDER OF REFERENCE	i
MEMBERSHIP	ii
EXECUTIVE SUMMARY	2
INTRODUCTION	6
GEOGRAPHY AND HISTORICAL BACKGROUND	7
MATERNAL HEALTH AND HEALTHY CHILDHOOD DEVELOPMENT	8
1. Polyclinics	8
2. Maternal and Child Health	9
2.1 Medical Genetic Services	11
2.2 Partogram	13
2.3 Maternal Home	13
2.4 Child and Maternal Health Outcomes	13
3. Early Child Development and Education	14
3.1 <i>Círculos Infantiles</i>	15
3.2 <i>Educa a Tu Hijo</i>	16
3.3 Teaching Staff	18
3.4 Children with Disabilities	19
3.5 Arts in Early Education	19
3.6 Sports, Education and Health	20
MONITORING AND EVALUATION	20
INTERNATIONAL ASSISTANCE	21
SUMMARY OF SUBCOMMITTEE’S FINDINGS AND OBSERVATIONS	22
APPENDIX 1 – AGENDA -- FACT FINDING VISIT TO CUBA	25
APPENDIX 2 - WITNESS LIST	30

ORDER OF REFERENCE

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

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

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

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

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

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

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

After debate,

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

MEMBERSHIP

The following Senators have participated in the study on the inquiry on the issue of *Maternal Health and Early Childhood Development in Cuba* of the Subcommittee on Population Health:

The Honourable, Wilbert Joseph Keon, Chair of the Committee
The Honourable Lucie Pépin, Deputy Chair of the Committee

The Honourable Senators:

Bert Brown
Catherine S. Callbeck
Ethel M. Cochrane
Joan Cook
Joyce Fairbairn, P.C.

Ex-officio members of the Committee:

The Honourable Senators: Céline Hervieux-Payette, P.C. or (Claudette Tardif) and Marjory LeBreton, P.C. or (Gérald J. Comeau)

Other Senators who have participated from time to time on this study:

The Honourable Senator Jim Munson

EXECUTIVE SUMMARY

MATERNAL HEALTH AND EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT IN CUBA

BACKGROUND

- The Public Health Agency of Canada has identified 12 factors influencing health, called determinants of health. Of these, early childhood development is probably one of the most important. The first years of life are decisive for a child's further development since it is at this early stage that the foundation for future physical, mental and social development is laid. Cuba provides an excellent example of a population-wide program that takes a preventive approach to foster the health, education and development of children from the earliest stages.
- The Subcommittee accepted the invitation of the Cuban Ambassador to Canada, His Excellency Ernesto A. Sentí, to conduct a fact-finding mission on Cuba's early childhood development programs with the view of obtaining information first-hand on their content, structure, cost, *modus operandi*, management and impact.
- The mission took place between January 12 and 19, 2008. Subcommittee members met with representatives of numerous government departments, health and education institutions, research institutes, and international organizations as well as with members of the People's Power National Assembly (the Cuban Parliament).

FINDINGS

A. Polyclinics

- A key player in the country's successful approach to maternal health and early childhood development is what Cubans call "Polyclinics." The role of the polyclinics is far more extensive than that of a health clinic as Canadians would understand that term. These local establishments ensure integration of science, knowledge transfer, parent education and community mobilization, in addition to providing primary health care.
- The polyclinics are multidisciplinary. They focus on prevention, regularly undertake universal screening initiatives and strongly encourage immunization. They also serve as a site for both medical training and education. In addition, polyclinics work closely with

teachers in early child development, preschool and elementary schools. Regular meetings (every six months) are held to discuss the overall mental and physical health of the children in the community. Moreover, they serve as a resource for data collection, scientific research and a conduit for scientific advances (knowledge transfer). For example, staff regularly participate in population-wide prevalence studies designed by scientists working in different ministries.

- The intimate connection between the staff at the polyclinics and the population they serve creates a health system where, at the street level, every aspect of the human condition is addressed – from maternal health care to teaching seniors to act as counsellors for grandchildren.

B. Maternal Health

- Once a Cuban woman becomes pregnant, a number of specialized services are drawn upon, such as medical genetic services, the ‘partogram,’ and maternal homes, as needed.
- Medical genetics has been integrated into all levels of the Cuban health care system and the genetic risk assessment service is available in every polyclinic. All pregnant women and newborns must be evaluated by this service.
- When a pregnant woman is identified as at-risk, a ‘partogram’ (a plan for required care) is developed to facilitate navigation of the system. She is referred to the hospital best suited for her particular risk factor, and from then on a whole team begins working on her care, which continues until birth.
- Pregnant women who are considered to be at-risk for complications due to problems such as hypertension, anaemia, poor nutrition, underweight or overweight may also be referred to a maternal home, where they are either followed as outpatients or admitted to centre depending on the severity of their condition.
- The indicators presented to the Subcommittee by the Cuban Ministry of Public Health showed steadily improvement in child and maternal health from 1970 to 2006.

C. Early Child Development and Education

- Cuba provides three non-compulsory pre-school education programs. The *Círculos infantiles* are child care centres for children between 6 months and 5 years whose mothers are working. The *Educa a Tu Hijo* [Educate Your Child] Program provides non-institutional preschool education for children who do not attend child care centres; it is based on household education (from 0 to 2 years of age) or is delivered through informal groups in parks or other nearby sites for children aged 2 to 4. A preschool preparatory grade for 5 year olds is open to all children whether their mothers work or not.
- The *Círculos infantiles* serve 17% of children, while 12% attend the preschool grade and 71% of children participate in *Educa a Tu Hijo*. Together, these programs reach almost all children under six.
- Children with special educational needs receive individualized attention through the local polyclinic and, with support from the Ministry of Education, are seen by *Educa a Tu Hijo* program specialists. A diagnosis unit for potential developmental disabilities exists in each municipality, with a multidisciplinary team that assesses the child and advises the family.
- International data by the UNESCO in 1998 comparing 11 Latin American countries showed that Cuban third and fourth graders attained the highest level of achievement in mathematics and language skills. An update of that study in 2007 (soon to be published) again ranked Cuban children well ahead of their Latin American counterparts.

COMMITTEE COMMENTARY

- The Subcommittee was struck by the comment of one presenter who said that Cubans “live like the poor but die like the rich.” This is truly the Cuban paradox – a developing country with developed country health indicators. Cuba is world-renowned for its consistently strong indices of good health despite its poor economic status. These achievements are particularly remarkable in light of the stringent trade and service embargoes that apply to Cuba.
- The pragmatism of the Cuban approach to health and education, with its emphasis on making the best use of limited resources to achieve a clearly identified goal, is admirable.

- Particularly noteworthy was the enormous personal commitment, dedication and pride in their work demonstrated by health care providers and educators in Cuba. They project a sense of job satisfaction and of themselves as part of a team contributing to an overall goal.
- The Subcommittee believes that the close relationship between the service provider (teacher/doctor/nurse/etc.), the child and the family enables those providers to understand the child's background and thereby provide the support that is needed.
- Early diagnosis, research, assessment, and ongoing monitoring are key elements of Cuban programs. Early detection of high risk pregnancies, bi-annual medical check-ups, early recognition of childhood developmental problems – all these effective screening procedures enable intervention at an early stage and avoid more costly remedies later in life.
- The Subcommittee concurs with Cuban representatives who maintain that non-institutional education, in which the family and community are fundamental contributors, is a valuable alternative in the education and integrated development of children. We acknowledge the importance of the Cuban programs to increasing the family's competence level and strengthening its participation in the high quality education of the children.
- Cuba places great importance on science as evidenced by their development of comprehensive databases and insistence on systematic program evaluation. Wherever possible, government policy is informed by rigorous scientific data. Moreover, the quality of much of the scientific research done there is world class.
- The Subcommittee stresses, however, that a number of serious challenges remain in Cuba, including food insecurity, severe shortage of housing, lack of freedom of expression, restriction of individual rights, and generalized economic stagnation – challenges which include important determinants of health.
- Nevertheless, Cuba outperforms just about all countries of similar national income on measures of education and health outcomes. It is our view that, as part of a continuum of services supporting maternal and child health, the Cuban model of mixed institutional and family-centred early childhood development programs offers a promising example of flexible, highly effective, and relatively low-cost interventions.

MATERNAL HEALTH AND EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT IN CUBA

The basic foundation of healthy brain development is caregiver-infant interactions. This is what drives the development of the brain. It is as simple as that. (...) If you think this through, you will see that I am telling you that (...) parents [and caregivers] have to be the primary focus of all this health prevention.

[Stuart Shanker, Proceedings (4:44)]⁽¹⁾

INTRODUCTION

The Subcommittee on Population Health of the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology is examining public policies that can improve overall health status and reduce health disparities. During a preliminary set of hearings held in Ottawa between February and June 2007, a number of witnesses told the Subcommittee that, of the 11 or so factors that influence health, early childhood development is probably one of the most important of all health determinants. They explained that the first years of life are decisive for a child's further development since it is at this early stage that the foundation for future physical, mental and social development is laid. Cuba was identified as providing an excellent example of a population-wide program that fosters from the earliest stages the education and development of children. In particular, Stuart Shanker, Distinguished Research Professor of Philosophy and Psychology at York University (Ontario) and President of the Council of Early Child Development, testified that notwithstanding Cuba is a developing country, it has implemented at very low cost a highly effective, publicly-funded, universal, multi-faceted interventional program to support early child development.⁽²⁾

The preventative approach to population health in Cuba has been adopted for pragmatic reasons, as the country could not have attained anywhere near the same results had they chosen to focus on the treatment of mental and physical illness. Forced to choose the most cost-effective approach, they have developed a number of programs to enhance long-term physical and mental health, together with a sophisticated system for early identification and intervention in order to mitigate the consequences of biological and/or social problems.

In Cuba, the healthy development of all children claims such high priority that actions are taken from the moment of conception through to the child's entering primary school. According to Professor Shanker, this *preventative* approach to population health has been adopted for pragmatic reasons: the country could not have attained anything like the same results with a focus on the *treatment* of mental and physical illness. Forced to choose primarily on the basis of cost-effectiveness, they have developed a number of programs to enhance their population's

(1) In this report, the testimony received by witnesses printed in the *Minutes of Proceedings and Evidence of the Senate Subcommittee on Population Health* is referred to only by issue number and page number.

(2) The WHO Commission on Social Determinants of Health has also identified post-revolutionary Cuba as an important example of a population health approach developed and implemented at a relatively low cost. See the following document: Commission on Social Determinants of Health, *Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences*, Background Paper, World Health Organization, March 2005, http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf.

long-term physical and mental health, together with a sophisticated system for early identification and intervention in order to mitigate the consequences of biological and/or social problems.

The Subcommittee accepted the invitation of the Cuban Ambassador to Canada, His Excellency Ernesto A. Sentí, to conduct a fact-finding mission of Cuba's early childhood development programs with the view of obtaining information first-hand on their content, structure, cost, *modus operandi*, management and impact. During the mission, which took place between January 12 and 19, 2008, the Subcommittee met with representatives of numerous government departments, health and education institutions, research institutes, and international organizations as well as with members of the People's Power National Assembly (the Cuban Parliament). Appendix A contains the complete list of meetings. This report summarizes the Subcommittee's findings and observations on the Cuban programs.

GEOGRAPHY AND HISTORICAL BACKGROUND

The Republic of Cuba is located on an island in the northern Caribbean at the confluence of the Caribbean Sea, the Gulf of Mexico and the Atlantic Ocean, 150 km south of Key West, Florida. It comprises 14 provinces and one special municipality. Covering a total land area of 110,860 km², Cuba's population was estimated to be 11.4 million people in 2007, an average population density of 102.7 persons per km². The population is of mixed ethnic background, with mestizo and mulatto constituting a majority.⁽³⁾

Cuba remained a Spanish colony from the arrival of Columbus in 1492 until it gained its independence in 1902. For much of the first half of the 20th century, the island fluctuated between democratic elections and military coups, the last of which occurred in 1959 when Fidel Castro led the rebel army that established a socialist republic. In 1962, the United States imposed a trade embargo with Cuba. In response, Castro signed a trade agreement with the Soviet Union.

Since 1990, however, Cuba has faced a profound economic crisis as a result of disruption of trade relations with its former trading partners in Eastern Europe and the withdrawal of subsidies from the former Soviet Union (worth \$4 billion to \$6 billion annually). In 2006, the GDP per capita in Cuba was estimated to be \$4,100 PPP (compared to \$35,700 PPP in Canada).⁽⁴⁾⁽⁵⁾

Canada has long maintained trade relations with Cuba. As early as the 18th century, vessels from the Atlantic provinces of Canada traded codfish and beer for rum and sugar. Today,

(3) Central Intelligence Agency, *The World Factbook*, 2007, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>.

(4) *Ibid.*

(5) PPP or "Purchasing Power Parity" is an international price index calculated by comparing the prices of identical goods in various countries. It indicates the rate at which one currency must be converted into another currency to be able to purchase an equivalent basket of goods and services in other countries. Dollars adjusted by the PPP make it possible to compare the prices of identical products in various countries. PPP is not, therefore, simply a monetary conversion but an equivalence which takes into consideration a real value assigned to a basket of goods and services.

Cuba represents Canada's largest export market in the Caribbean and Central America, with over \$1 billion in bilateral trade. In 2006 Canadian exports totalled \$513 million. The Canadian Ambassador to Cuba, Jean-Pierre Juneau, told the Subcommittee that Canada is a leading source of foreign direct investment in Cuba, mainly in nickel mining, oil and gas, and is Cuba's largest source of tourists (more than 600,000 a year). He also explained that Canada's assistance program, which provides over \$10 million annually, aims to help Cubans achieve long-term sustainable development, equity and good governance by exposing them to Canadian values and approaches which will help build democratic institutions and succeed in a globalized world economy.

Fidel Castro led the country from 1959 until July 2006 when, for health reasons, he delegated the responsibility to his brother, First Vice President Raúl Castro. Representatives from the Cuban Parliament explained to the Subcommittee that their system of government differs considerably from that in most other countries. There is only one political party. Their parliament is the key element in the Cuban political system, but this system also encompasses 15 provincial assemblies, 169 municipal assemblies and hundreds of popular councils and constituencies at the local level.⁽⁶⁾

MATERNAL HEALTH AND HEALTHY CHILDHOOD DEVELOPMENT

The unitary structure of the Cuban government, combined with a high degree of decentralization, intersectoral action and community participation, has facilitated the development of national policies and programs for maternal health and early childhood education. Health and education are both considered national priorities; related programs are based on principles of universality, free and equitable access and government control. A key player in their successful approach to maternal health and early childhood development is what Cubans call "Polyclinics", local establishments that ensure integration of science, knowledge transfer, parent education and community mobilization.

A key player in Cuba's successful approach to maternal health and early childhood development is what Cubans call the "Polyclinic", a local establishment that ensures integration, science, knowledge transfer, parent education and community mobilization.

1. Polyclinics

There are 498 polyclinics in Cuba with the primary role of serving as a health clinic in local communities.⁽⁷⁾ They are spread throughout the country and are designed to ensure that the doctors and nurses working there (or as primary care doctors working under its auspices), are familiar with – and responsible for – every individual in the community the polyclinic serves. They provide house calls, home visits, and regular checkups (twice yearly). The role of the polyclinic is far more extensive than that of a health clinic as Canadians would understand that term:

(6) Jorge Lezcano Pérez, *How Does the Cuban Parliament Work?*, People's Power Editions, Havana, 10 July 2004.

(7) In addition to polyclinics, Cuba has 14,078 family doctors' offices. Overall, this provides for one physician per 159 inhabitants and one nurse per 79.5 inhabitants. According to information provided by the Cuban Ministry of Public Health, *Health in Cuba 2007*, Presentation to the Senate Subcommittee on Population Health, 14 January, 2008.

- First, the polyclinic’s staff is multi-disciplinary: in addition to doctors and nursing staff, they might have a psychologist, psychiatrist, sociologist, social worker, dentist, speech and language therapist, physiotherapist, educator, and other specialists.
- Second, the polyclinic focuses on prevention, attempting to identify a problem before it becomes acute; it also regularly undertakes universal screening initiatives and strongly encourages immunization. During the Subcommittee visit, members were told that the polyclinic often learns that a patient has diabetes long before the individual is aware of any symptoms. The polyclinics have extended this approach to early child development in an attempt to identify challenges in infants or toddlers before the most sensitive periods of brain development begin to close and biological problems have their cascading effect on the child’s development subsequently.
- Third, the polyclinic serves as a site for both medical training and education. Students in medicine and nursing receive a great part of their training in polyclinics, often the one to which they will become professionally attached after graduation.
- Fourth, the staff at the polyclinic works closely with teachers in early child development, preschool and elementary schools. Regular meetings (every six months) are held to discuss the overall mental and physical health of the children in the community. These meetings are meant to serve a bi-directional purpose, in which preschool and educational staff receive ongoing training (in, for example, developmental paediatrics, developmental psychology, nutrition, hygiene, sex education, etc.), while the staff at the polyclinic learns first-hand from the teachers about the children in the community, and benefits from the educational staff’s practical wisdom. The moment a problem is spotted in a child, s/he is referred to the multidisciplinary team at the polyclinic.
- Fifth, the polyclinic serves as a resource for data collection, scientific research and a conduit for scientific advances (knowledge transfer). For example, the staff participates in population-wide prevalence studies designed by scientists working in the different ministries. Given their close relationship with the members of their community, and the close feelings of trust that this engenders, there are remarkably robust compliance rates in these studies in Cuba. Moreover, scientists are frequently appointed to polyclinics where they undertake academic research and facilitate the transfer of knowledge with community workers.

2. Maternal and Child Health

Cuba’s focus on maternal and child health has its roots deep in the culture and values of its society. Cuba’s Maternal and Child Health Program also rests on strong participation by families and their communities and involves in its very first steps a well developed and integrated primary health care sector, which includes both the offices of local family doctors and community polyclinics. A large part of this program’s success is due to the personal knowledge and close relationships that medical

The intimate connection between the neighbourhood doctor and families creates a health system where, at the street level, every aspect of the human condition is addressed – from maternal health care to teaching seniors to act as counsellors for grandchildren.

personnel develop with the population for which they are responsible; these support a significant degree of health promotion and preventive medicine, in addition to the provision of primary health care services. The intimate connection between a neighbourhood doctor and families creates a health system where, at the street level, every aspect of the human condition is addressed – from maternal health care to teaching seniors to act as counsellors for grandchildren. The system involves everyone in the neighbourhood, creating optimal conditions for health in what is, by Canadian standards, a society economically very poor. All Cubans are ‘strongly encouraged’ to avail themselves of their two regular medical checkups per year, one conducted in the doctor’s office and the other during a house call. Roger Downer, President, University of Limerick (Ireland), who accompanied the Subcommittee as an observer, recounted an anecdote about an American journalist living in Havana. One evening she answered the door to her apartment and was confronted by a nurse from her local family doctor’s office who said: “You caused me to have to climb up three flights of stairs and come get you because you did not come to the clinic for your regular PAP smear; please come with me now.”⁽⁸⁾

The Subcommittee was told that the Cuban Ministry of Public Health’s Maternal and Child Health Program has as goals to: improve the quality of reproductive health; reduce illnesses associated with pregnancy and low birth weights; decrease the frequency of perinatal complications, severe respiratory infections and accidents; promote breastfeeding; and facilitate early diagnosis of cervical cancer. As part of the Program, pregnant women have a minimum of 12 medical visits over the course of a pregnancy, with ultrasound diagnosis, measurement of Alpha-Feto Protein, frequent monitoring of haemoglobin and urine, serology and HIV, cytogenetic studies of elderly primigravida, hypothyroidism research on phenylketonuria in newborns and puericulture.⁽⁹⁾ Many Cuban representatives who met with the Subcommittee expressed the view that a robust primary care network is essential to maintaining a degree of regular maternal monitoring that begins even before pregnancy.

But even with the strong primary care presence that is delivering the program, gaps in care remain. An overhaul of treatment protocols and best practice guidelines for specialists at the primary and secondary care levels was initiated in November 2005 to reduce or eliminate those gaps. The overhaul prompted tighter organization of services, more individualized, patient-centered focus on high-risk mothers-to-be, and the introduction of improved technology. The starting point for reform was to determine how to care better for high-risk women before they became pregnant, in order to achieve better control of

Well before pregnancy, the primary care staff carry out a classification of the female population according to potential risk factors that could complicate a pregnancy, such as diabetes or high blood pressure. They work with women who are identified as having one or more risk factors and who wish to become pregnant in order to mitigate those risk factors and improve her biological parameters, before planning the conception when her physical condition is optimal.

conditions, such as hypertension, that can present risks during pregnancy. When a woman with risk factors becomes pregnant, ways are sought to maximize her individualized care. This

(8) Roger Downer, “Should Irish Healthcare Take Cuban Lessons?” *The Irish Times*, Tuesday, February 13, 2007.

(9) Cuban Ministry of Public Health, *Health in Cuba 2007*, Presentation to the Senate Subcommittee on Population Health, 14 January, 2008.

involves close monitoring through the system, from family physician to polyclinic to hospital, through a team of physicians with responsibility for her care from the beginning.

One of the Subcommittee's visits was to the "5 de Septiembre" polyclinic in the Santa Fé district of Havana. This clinic is responsible for an 8.2 km² region of the city with a population of approximately 25,000 that proudly registered infant and maternal mortality rates of zero in 2007. The Director explained how, through their primary care services, they take a preventive approach to maternal and child health. Well before pregnancy, they carry out a classification of the female population according to potential risk factors that could complicate a pregnancy, such as diabetes or high blood pressure. The primary care staff identify and work with women who wish to become pregnant and who have one or more risk factors in order to mitigate those risk factors and improve her biological parameters, planning the conception to occur when her physical condition is optimal.

Once a Cuban woman becomes pregnant, a number of specialized services are drawn upon, such as medical genetic services, the 'partogram,' and maternal homes. These are addressed individually below.

2.1 Medical Genetic Services

The Subcommittee heard that one of the most important recent medical developments in Cuba has been its advances in medical genetics, especially at the community level. About 1.3 out of its infant mortality rate of 5.3 per 1,000 live births is estimated to be due to congenital defects, which Cuba hopes to reduce even further through this medical genetics program.

Medical genetics has been integrated into all levels of the Cuban health care system and the genetic risk assessment service is available in every polyclinic. As a matter of fact, all pregnant women and newborns must be evaluated by this service. In 2006, 97% of all newborns in the country were screened. These genetic services are supported by 169 Municipal Centers of Medical Genetics, 14 Provincial Centres of Medical Genetics, and the National Centre of Medical Genetics, all of which are staffed by geneticists, genetic counsellors, nurses and technicians (the total accounts for about 1 genetic counsellor for 17,536 inhabitants).⁽¹⁰⁾ Together, these professionals and technicians implement the National Program for Diagnosis, Management and Prevention of Genetic Diseases and Congenital Defects, which delivers the following community-level services:

(10) Centro Nacional de Genética Médica de Cuba, *Medical Genetic Services in The National Health System in Cuba*, Presentation made to the Senate Subcommittee on Population Health, 16 January 2007.

FIGURE 1 – Medical Genetic Services

STAGE	SERVICES
<i>Premarital, preconceptional, prenatal and postnatal</i>	<ul style="list-style-type: none">• Genetic counselling service
<i>Prenatal care</i>	<ul style="list-style-type: none">• Haemoglobin electrophoresis to detect increased risk for sickle cell anemia• Alpha fetoprotein in maternal serum• Genetic ultrasounds at the first and second trimester of pregnancy• Prenatal cytogenetic diagnosis for high risk pregnancies
<i>Neonatal care</i>	<ul style="list-style-type: none">• Neonatal screening for five diseases: Phenylketonuria, Galactosemia, Biotinidase Deficiency, Congenital Adrenal Hyperplasia, and Congenital Hypothyroidism.

Currently, education in medical genetics for health workers and the broader population is a priority, coupled with the following research priorities of the Cuban National Centre of Medical Genetics:

- Genetic Epidemiology: prevalence of genetic and complex diseases in the Cuban population.
- Mapping new mutations in known genes or new unknown genes associated with genetic and complex disorders in Cuban families.
- Evaluation of the impact of genetic counselling services as well as the knowledge and attitudes toward genetic services among the Cuban population.
- Transgenic models to study protein functions and immunological mechanisms for genetic susceptibility to infectious diseases.
- Genetic susceptibility to common disorders: Alzheimer's disease, asthma, diabetes, hypertension, depression, bipolar disorder, familial cancer, coronary disease, schizophrenia, Parkinson's disease and others.
- Causes of major disabilities in the Cuban population.
- Aging.

Cuba is compiling a number of national registries to facilitate this ongoing research. It maintains a register of birth defects (with 97% coverage), a register of people with disabilities (366,000 individuals), a twin register (with 55,000 twin pairs), and a familial register for common disorders (composed of 34,128 families). The Centre for Medical Genetics emphasized to the Subcommittee that legal instruments have been developed to: protect the privacy and confidentiality of individual genetic data; regulate the creation of DNA banks; regulate the transfer of DNA to other countries for diagnosis and research; and, guarantee that ethical standards are followed in genetic diagnosis and research.

2.2 Partogram

The “partogram” or “delivery-gram” is an innovation incorporated into Cuba’s health care system to facilitate navigation of the system; it provides an outline of the critical route for every pregnant woman at-risk. When a patient is first identified as at-risk by her primary care doctor and her polyclinic’s obstetrician-gynaecologist, she is referred to the hospital best suited for her particular risk factor, and from then on a whole team begins working on her care. As a result, each month in a given geographic area, the hospital and surrounding primary care providers meet to discuss patients nearing their due dates, to review whether the actions foreseen were appropriate for the level and nature of each individual case.⁽¹¹⁾

2.3 Maternal Home

Another measure designed to support at-risk mothers is the ‘Maternal Home’. Maternal homes are centres for pregnant women who are considered to be at-risk for complications due to problems such as hypertension, anaemia, poor nutrition, underweight or overweight. Women referred to a maternal home by the family doctor or polyclinic are either followed as outpatients or admitted to a centre depending on the severity of their condition. The Maternal Home ensures that the expectant mother has the proper medical attention, necessary rest and adequate nutrition in a location relatively close to her home where family members can visit easily. There are currently 289 Maternal Homes in Cuba, located in every municipality across the country.

During its fact-finding mission, the Subcommittee visited the *Leonar Perez Cabrera* Maternal Home situated in Old Havana. Described as a typical centre, it is staffed by 20 nurses and 5 doctors: 2 general comprehensive doctors, 2 obstetric/gynaecological specialists, and 1 doctor with a specialization in nutrition. It has on-site dentistry, ultrasound and laboratory services, with 50 beds for in-patients. Poor nutrition was identified as the leading problem. For her part, the Director of the “5 de Septiembre” polyclinic suggested that their success in reducing the rates of low birthweight babies was thanks to the local Maternal Home.

2.4 Child and Maternal Health Outcomes

The many efforts under the Maternal and Child Health Program seem to be bearing fruit. The indicators below, presented to the Subcommittee by the Cuban Ministry of Public Health, show steadily improvement in child and maternal health.

(11) Gail Reed, “The Story Behind Cuba’s Decline in Infant Mortality,” *MEDICC Review*, 21 January 2007, http://www.medicc.org/publications/cuba_health_reports/008.php.

FIGURE 2 – Maternal and Child Health Program Indicators, 1970-2006

	1970	1980	1990	1995	2000	2002	2003	2004	2006
Infant Mortality (per 1000 live births)	38.7	19.6	10.7	9.4	7.2	6.5	6.3	5.8	5.3
Under-5 Mortality (per 1000)	43.7	24.2	13.2	12.5	9.1	8.1	8.0	7.7	7.1
Low birthweight (%)	10.3	9.7	7.6	7.9	6.1	5.9	5.5	5.5	5.4
Maternal mortality (per 10,000 live births)	--	--	--	4.8	4.0	4.1	4.0	3.9	4.9

Source: Cuban Ministry of Public Health, *Health in Cuba 2007*, Presentation to the Senate Subcommittee on Population Health, 14 January, 2008.

Recent data indicate that Cuba’s infant mortality rate has remained steady at 5.3 per 1,000 live births in 2007, equaling its score from 2006, the lowest ever.⁽¹²⁾ This rate is second only to Canada in all of the Americas.⁽¹³⁾

3. Early Child Development and Education

A component of Cuba’s commitment to basic education involves comprehensive early childhood education the objective of which is “to achieve the greatest development for a child”. Representatives from the Ministry of Education told the Subcommittee that non-compulsory preschool education is directed to children aged 6 months to 5 years and is delivered in three ways:

Part of Cuba’s commitment to basic education involves comprehensive early childhood education whose objective is “to achieve the greatest development for a child”.

- Child care centres known as *Círculos infantiles* for children between 6 months and 5 years whose mothers are working. Some child care centres also offer preschool education.
- The *Educa a Tu Hijo* [Educate Your Child] Program provides non-institutional preschool education for children who do not attend child care centres. Non-institutional preschool is based on household education (from 0 to 2 years of age) and is delivered through informal groups in parks or other nearby sites for children aged 2 to 4.
- A preschool preparatory grade for 5 year olds is open to all children whether their mothers work or not.

(12) “Cuba Child Death Lowest in LatAm,” Prensa Latina, 4 January 2008, http://news.caribseek.com/Cuba/Prensa_Latina/printer_60500.shtml

(13) Orfilio Pelaez, “Cuba detient le taux le plus bas de mortalité infantile en Amérique latine », *Granma International*, 3 January, 2007, <http://www.granma.cu/frances/2007/enero07/mier3/mortali.html>.

The *Círculos infantiles* serve 17% of children, while 12% attend the preschool grade and 71% of children participate in *Educa a Tu Hijo*. Together, these programs reach almost all children under six.⁽¹⁴⁾ Primary school education, which begins at age 6, is compulsory for children up to age 14.⁽¹⁵⁾

FIGURE 3 – Cuban Enrolment Ratio by Age Group, 2003-2004

	Age 0-2	Age 3	Age 4	Age 5	Age 6
Preschool enrolment	11.0%	99.1%	99.7%	100%	0%
Primary education enrolment				1.0%	99.2%

Source: UNESCO, *Cuba: Early Childhood Care and Education (ECCE) Programmes*, Country Profile prepared for the Education for All 2007 Global Monitoring Report, 2006.

3.1 *Círculos Infantiles*

First established in 1961, there are now over 1,100 free, all-day, centre-based child care programs in Cuba,⁽¹⁶⁾ that provide care for about 110,000 children.⁽¹⁷⁾ All centres follow guidelines established by the Cuban government. They are organized by age in groups of up to 30 children, except at the preschool grade, in which up to 20 children may be enrolled. The centres are open from 6 a.m. to 7 p.m. with a staggered timetable for teachers and other workers. The children generally arrive at 8 a.m. and stay as late as 7 p.m., depending on their parents' working hours.

The Subcommittee visited the *círculo infantil Rayitos de sol* in the village of Jaruco, situated in a rural area outside of Havana. For the 110 children enrolled, there are 33 staff, including 15 teachers (made up of both educators and educational assistants), a full time nurse, and a doctor on-site 3 days per week. Subcommittee members observed younger children (2-3 years) practising exercises to improve their motor skills and cognitive development and older children (3-4 years) at a variety of activities that simulated daily life: in the kitchen, at school, talking on the phone and driving a bus! The centre also has a garden on-site that produces food for the centre, which the children help tend.

The preschool education program for children aged 0-6 is intended to optimize each child's integrated development so that s/he is best prepared for school. Its contents include: socio-moral development, motor development, world knowledge, mother tongue, artistic expression, music and corporal expression, and play. The educational process is organized

⁽¹⁴⁾ UNESCO, *Cuba: Early Childhood Care and Education (ECCE) Programmes*, Country Profile prepared for the Education for All 2007 Global Monitoring Report, 2006.

⁽¹⁵⁾ *Ibid.*

⁽¹⁶⁾ Graciella Cruz-Taura, "Rehabilitating Education in Cuba: Assessment of Conditions and Policy Recommendations," Institute for Cuban and Cuban-American Studies, University of Miami, 2003, p. 72, http://ctp.iccas.miami.edu/Research_Studies/GCruzTaura.pdf.

⁽¹⁷⁾ Cuban Ministry of Education, Presentation to the Senate Subcommittee on Population Health, 15 January 2008. <http://www.one.cu/aec2006/anuariopdf2006/capitulo16/XVI.2.pdf>

into four types of activities: programmed activities, independent activities, complementary activities and processes (such as meals, sleep, hygiene and bathing).

There are three types of child care centres: standard day programs that run five days a week for children with working parents; centres for children with disabilities that cater to children with special needs; and children with social problems who may stay at a boarding school.

In 2001, approximately 70% of the 880,000 preschool-aged children in Cuba whose mothers were not working did not attend any *círculos infantiles*.⁽¹⁸⁾ However, as more parents joined the workforce through the late 1990s, a shortage of spaces developed; no new centres were being constructed due to a scarcity of building materials. In order to address this problem, a national maternity leave policy was introduced in 1992 that provides paid maternity leave 3 months prior to and 3 months after the birth of a child. An additional 6 months of unpaid leave may be taken; mothers are guaranteed the right to return to their jobs. Working mothers have the option of sending their children to free day care from the age of 6 months.⁽¹⁹⁾

3.2 *Educa a Tu Hijo*

In 1992, following ten years of research, testing and development, and with support from UNICEF, Cuba started a national program of community-based services for young children and their families called *Educa a Tu Hijo* [Educate Your Child]. It was designed as a non-institutional alternative for children who do not attend a child care centre, intended to coach and empower families to stimulate their child's integrated development, based on their own experience, interests and needs. As part of the program:

The Cubans have learned that simply teaching the proper activities to caregivers and having those activities be repeated is not sufficient. The family has to acquire an understanding of child development in which they have a primary responsibility for their child's development not only through stimulating activities, but also direct participation, affection and the classic conditions of security and others which are determinants of physical and mental health.

- Future mothers and fathers receive information and counselling about healthy pregnancies and early child development during health visits to doctors and nurses.
- Families with children under two years of age receive individual home visits once or twice a week and are guided through games, conversations and other activities to enhance their babies' development.
- Children between the age of two and four and their families go on weekly or semi-weekly group outings to parks, cultural facilities and sports centres with counsellors trained in child development and family participation.

⁽¹⁸⁾ Susan A. Miller, "Early Childhood Education in Cuba," *Childhood Education*, 15 September 2002.

⁽¹⁹⁾ *Ibid.*

- The program also provides educational coverage for approximately 7,000 five and six year-old children from mountainous, rural and remote areas where there are no *círculos infantiles* and primary schools are too far away. The program arranges for the children to travel to primary schools with their families for classes and family discussions once or twice a week.

Families receive guidance from counsellors selected by the agencies and organizations participating in the program and include members of the families themselves. The counsellors, in turn, are trained by supervisors known as promoters. In June 2005, the program had approximately 116,000 counsellors and 53,000 promoters,⁽²⁰⁾ reaching over 600,000 children between 0-6 years of age and their families.⁽²¹⁾ In the village of Jaruco, for example, there are 158 promoters and 123 counsellors for 1,332 children. All the promoters or counsellors are either volunteers or help out with the program as part of their regular employment.

Even in Cuba, where numerous social, political and structural factors facilitate cross-sectoral collaboration, Ministry of Education representatives acknowledged that achieving this degree of intersectoral collaboration has taken some time to achieve.

The program offers a series of activities that guide families on stimulation of the social-affective, cognitive, and motor development of the child, as well as health care and nutrition. As one Subcommittee member noted during the fact-finding mission, it could easily be called, “Educate the Parent” since the role of the caregiver in learning how to best stimulate the child’s comprehensive development is central. But the Cubans have learned that simply teaching the proper activities to caregivers and having those activities repeated is not sufficient. The family is expected to acquire an understanding of child development in which its members have primary responsibility for their child’s development not only through stimulating activities, but also through direct participation, affection, and the classic conditions of security and others which are major determinants of physical and mental health. Ultimately, it is the creation of families that promotes healthy development.

The *Educa a Tu Hijo* Program recruits both parents and grandparents as agents of diagnosis and intervention. In one of the polyclinics visited by the Subcommittee, we came across a classroom filled with grandparents aged between 65 and 85. We learned that they were studying for their BA in psychology and were being taught by a psychology professor from the University of Havana. Such a program, we were told, has a threefold benefit: first, it provides stimulation for the brain in an aging population; second, it promotes the nation’s ongoing efforts to raise the education levels of the population; and third, it equips grandparents with developmental tools to be used with their grandchildren and transmitted to their working parents.

Officials from the Ministry of Education emphasized to the Subcommittee that the program’s community character and intersectoral approach are key aspects of its success. In

⁽²⁰⁾ UNESCO, *Cuba: Early Childhood Care and Education (ECCE) Programmes*, Country Profile prepared for the Education for All 2007 Global Monitoring Report, 2006.

⁽²¹⁾ Anso Thom, “Child Development a Priority in Cuba,” *Health-e News Service*, 13 December 2000, http://health-e.org.za/news/easy_print.php?uid=20001209.

Cuba, key partner organizations are the government ministries of Public Health, Culture, and Sports, the Federation of Cuban Women, the National Association of Small Farmers, student organizations, trade unions, Committees for the Defence of the Revolution (neighbourhood associations) and the media. At the local level, these groups cooperate to identify potential counsellors and promoters, provide locations for activities and in-kind material donations, participate in program promotion and encourage family participation in it. Even in Cuba, where many social, political and structural factors facilitate cross-sectoral collaboration, Ministry of Education representatives acknowledged that achieving this degree of intersectoral collaboration has taken some time to achieve.

Outreach and training are necessarily at the heart of the program. To facilitate both, the Cuban Ministry of Education has developed a variety of program materials to involve partners from across sectors, as well as pedagogical guides for caregivers on how to carry out activities that will strengthen child development.

3.3 Teaching Staff

The Cubans have adopted a number of practices all designed to enhance the teacher's capacity to know and nurture a child. For example, building on great success with cohort-teaching in the early years, they are now experimenting with cohort-teaching in high school, although at this level much more is involved than a simple administrative change.

At the primary level, there is a national curriculum; all Cuban children of the same grade complete the same readings and activities on the same day. Each child's progress in each subject area is evaluated quarterly and again at the end of the semester when both children and the teachers are evaluated through state-set final exams.⁽²²⁾ The teacher's salary is based on student promotion rates,⁽²³⁾ and his/her performance assessment rests on a strong system of teacher supervision and evaluation; principals evaluate every teacher annually. Teachers whose performance is poor can be assigned to work with other teachers, sent for professional development or, eventually, fired.⁽²⁴⁾ The principal is also evaluated annually, both by a committee of curriculum specialists and by his or her direct supervisor.

Child care and primary school teachers all receive the same level of education at the university level and earn the same pay. Teachers are licensed for either preschool (aged birth to 5) or primary (ages 6 to 12). The training process takes five years, the last of which is devoted to the conduct of practical research and supervised teaching in an educational setting. UNESCO reports that of the 27,239 Cuban teachers in 2003-2004, 100% were female.⁽²⁵⁾ The Subcommittee was not able to determine teachers' salary levels. Miller

(22) Gwendolyn Coe and Judith Lynne McConnell, "The Children of Cuba," *Beyond the Journal*, National Association for the Education of Young Children, September 2004, <http://www.journal.naeyc.org/btj/200409/coe.asp>.

(23) Christopher Worthman and Lourdes Kaplan, "Literacy Education and Dialogical Exchange: Impressions of Cuban Education in One Classroom," *The Reading Teacher*, Vol. 54, No. 7, April 2001.

(24) Barbara C. Hunt, "A Look at Cuban Schools: What is Cuba Doing Right?" *Phi Delta Kappan*, Vol. 85, No. 3, November 2003.

(25) UNESCO, "Cuba: Early Childhood Care and Education (ECCE) Programmes," Country Profile prepared for the Education for All 2007 Global Monitoring Report, 2006.

suggests that their pay was approximately \$18/month in 2001, while Coe and McConnell have it at \$10-\$14/month, compared to \$20/month for university professors and \$40/month for police officers.⁽²⁶⁾ Hunt suggests the average salary for a teacher in Cuba is on a par with that of doctors.⁽²⁷⁾

3.4 Children with Disabilities

Between 2001 and 2003, Cuban researchers made home visits to each of the 366,864 people with disabilities in the country in the course of a national psycho-social study of people with physical disabilities, and a related psycho-pedagogic, sociological and clinical-genetic study of people with intellectual disabilities. The results gave a much better understanding of the kinds of services needed across the island, as well as what preventive interventions could be made to reduce the incidence of disability: the investment in community medical genetics described above is one of those interventions.

During its visit to *La Castellana* Medical Psycho-Pedagogic Centre for people with intellectual disabilities, the Subcommittee was told that the national study identified approximately 15,000 children with such severe mobility restrictions that they rarely left their beds. Having an attentive parent was shown to be so important to the well-being of the disabled child that a program was implemented to provide paid leave to their mothers. In other cases, a teacher is sent to their homes.

Children with special educational needs receive individualized attention through the local polyclinic and, with support from the Ministry of Education, are seen by *Educa a Tu Hijo* program specialists. A diagnosis unit for potential developmental disabilities exists in each municipality, with a multidisciplinary team that assesses the child and advises the family. Cuba has opened two schools that specialize in autism, one of which was visited by one member of the Subcommittee. They are 100% publicly funded, serve children aged 2 to 18, and provide autism therapy on a one-to-one basis. Its Director explained that the school serves as a therapy centre, provides support to families and is also an important scientific resource with scientists who conduct research on which types of therapy work best for different categories of autistic children.

3.5 Arts in Early Education

The arts and literature have also been a focus of Cuba's government since 1959. Art schools have been established within cultural centres; school-aged children are required to attend classes in music, dance, drama, and art instruction a minimum of six hours per week after the regular school day,⁽²⁸⁾ with the goal of instilling in them their society's moral, social, and political values. For two days per week kindergarten children who normally go home for lunch join those who stay for arts activities. From 2:30 to 4:30 pm, children are involved in activities such as music, rhythms, papier-mâché, and painting.

⁽²⁶⁾ Susan A. Miller, "Early Childhood Education in Cuba," *Childhood Education*, 15 September 2002.

⁽²⁷⁾ Barbara C. Hunt, "A Look at Cuban Schools: What is Cuba Doing Right?," *Phi Delta Kappan*, Vol. 85, No. 3, November 2003, p. 246.

⁽²⁸⁾ Coe and McConnell, *op. cit.*

3.6 Sports, Education and Health

Especially clear is how sports have been integrated into Cuban education and health policies and programs. That this orientation comes from the highest level was made clear by members of the Parliament's Health and Sports Commission at the Subcommittee's very first meeting. The Ministry of Education maintained that Cubans' high level of participation in sports takes root in school sports, which culminate each year in municipal, provincial and national 'School Games' that feature competitions in about 20 different sports. The most outstanding athletes from these games are often recruited to the Cuban national sports teams.

At *La Castellana* Medical Psycho-Pedagogic Centre, the Subcommittee had the pleasure of meeting medal-winning athletes from international competitions around the world, including the Special Olympics in China.

MONITORING AND EVALUATION

The Cuban government has made monitoring, evaluation and research key components of its health and education policies. It has created databases including various indicators covering the whole population and is following these to assess the impact of its policies. These databases contain broad health status indicators, including data on disabilities. Representatives from the World Health Organization confirmed to the Subcommittee that the data are reliable and of high quality.

The Cuban government has made monitoring, evaluation and research key components of its health and education policies. It has created databases on various indicators covering the whole population and followed these to assess the impact of its policies. The databases contain broad health status indicators, including data on disabilities. Representatives from the World Health Organization confirmed to the Subcommittee that these data are reliable and of high quality.

The preschool education system is of particular interest because it has been monitored, evaluated and adapted subsequently in response to those evaluations. The preschool education evaluation system includes:

- Systematic evaluation by teachers in child care centres and by counsellors in the non-institutional program.
- A round of assessments every two months based on developmental achievements and the objectives established for each year of life or cycle.
- Final evaluation or developmental assessment conducted at the end of each school level.
- A schedule of diagnostic tasks is given to all children ending the preschool stage the results of which are used to prepare individual profiles for each child and for the group, in order to custom-design the early part of first grade.

- Monitoring every five years of the results of the Educate Your Child Program.
- International comparisons highlight the success of Cuba's educational efforts:
- A comparative study of third and fourth grade students in 11 Latin American countries by UNESCO in 1998 showed that Cuban third and fourth graders attained the highest level of achievement in mathematics and language skills.⁽²⁹⁾ During the Subcommittee's meeting with UNESCO in Havana, the organization revealed that an update of that study in 2007 (soon to be published) again ranked Cuban children well ahead of their Latin American counterparts.
- UNESCO's *Education For All Global Monitoring Report 2007* classified Cuba as among the 47 countries in the world it considers to have achieved its six Education For All goals, which include, for example, universal primary education, adult literacy, gender parity, and quality of education.⁽³⁰⁾
- *Educa a Tu Hijo* has been copied, adapted and applied in a number of countries, including Brazil, Mexico, Venezuela, Colombia, Guatemala and Ecuador.

INTERNATIONAL ASSISTANCE

The Subcommittee had the opportunity to visit the *Tarará* Pediatric Hospital. Located some twenty kilometres east of downtown Havana, since 1990 this hospital has been providing medical assistance to young victims of the nuclear accident at Chernobyl in a playful, relaxing environment that encourages their rehabilitation. In addition to Spanish lessons and salsa dancing, the Chernobyl Children Program at *Tarará* provides instruction in both Russian and Ukrainian languages so that there is no (or little) interruption in the children's studies. The Subcommittee felt that, seeing first hand the terrible consequences of this disaster more than 20 years later, served as a wake-up call about the tremendous long term implications of a nuclear accident.

The Subcommittee also learned that in addition to providing medical assistance in situations of natural disasters in other countries, as a gesture of solidarity, Cuba supports the education and training of foreign doctors and nurses; training in medicine and nursing is provided either in Cuba or under the direct tutorship of Cuban professors located in other countries. Over the last two years, more than 13,000 students from 17 countries have been enrolled in the Community Medicine Program in Cuba, while another 28,000 from East

(29) UNESCO, 1998, Laboratorio latinoamericano de evaluación de la calidad de la educación, Primer estudio internacional comparativo sobre lenguaje, matemáticas, y factores asociados en tercero y cuarto grado (Santiago de Chile: UNESCO) as cited in Graciella Cruz-Taura, "Rehabilitating Education in Cuba: Assessment of Conditions and Policy Recommendations," Institute for Cuban and Cuban-American Studies, University of Miami, 2003, http://ctp.iccas.miami.edu/Research_Studies/GCruzTaura.pdf.

(30) UNESCO, *Strong Foundations: Education For All Global Monitoring Report 2007*, Paris, 2006, <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001477/147794E.pdf>.

Timor, Guinea Bissau and Venezuela are participating in the Overseas Program. Cuba also provides currently its Nursing Training Program to 356 students from 6 Caribbean countries. Emergency assistance is delivered through 32 emergency medical brigades made up of over 10,000 Cuban health care professionals which have provided services in 19 countries since 1960 and have assisted more than 2 million disaster victims in Chile, Guatemala, Pakistan, Bolivia and Indonesia.⁽³¹⁾

SUMMARY OF SUBCOMMITTEE'S FINDINGS AND OBSERVATIONS

- The Subcommittee was struck by the comment of one presenter who said that Cubans “live like the poor but die like the rich.” This is truly the Cuban paradox – a developing country with developed country health indicators. Cuba is world renowned for its consistently strong indices of good health despite its poor economic status. These achievements are particularly remarkable in light of the stringent trade and service embargoes that apply to Cuba.
- The pragmatism of the Cuban approach to health and education, with its emphasis on making the best use of limited resources to achieve a clearly identified goal, is admirable.
- Particularly noteworthy was the enormous personal commitment, dedication and pride in their work demonstrated by health care providers and educators in Cuba. They project a sense of job satisfaction and of themselves as part of a team contributing to an overall goal.
- Investment in health and education is a high priority for the country. Policies have been established with the goal of helping children develop to their full potential.
- Children are treated as individuals rather than as part of a cohort: individual problems are identified and tackled at an early stage.
- The Subcommittee believes that the close relationship between the service provider (teacher/doctor/nurse/etc.), the child and the family enables those providers to understand the child’s background and provide the support that is needed.
- Three basic principles have guided Cuban health and education policies and programs since the 1959 revolution: universality, equitable access and government control. The programs are free, universal and available in all regions, both urban and rural. They involve the family and the community, both of which are considered the leading protagonists in the care and development of children.
- Early diagnosis, research, assessment, and ongoing monitoring are key elements of Cuban programs. Early detection of high risk pregnancies, bi-annual medical check-ups, early recognition of childhood developmental problems – all these effective screening procedures enable intervention at an early stage and avoid more costly remedies later in life.

(31) Cuban Ministry of Foreign Affairs, *Cuban Cooperation For A Better World*, Havana, 2007.

- The Subcommittee is aware of Canadian and international research which demonstrates the great importance of the first years of life from the affective, cognitive and motor points of view. Given that neuronal connections in the brain are formed during the early years, of life, the timeliness and quality of early stimulation received by children in that period is fundamentally important.
- The Subcommittee believes that Cuba is a leading country in early childhood development and education programs for children from conception and birth through age 6.
- The UNESCO study provides compelling support for the assertion that recognition of the importance of early childhood development clearly provides Cuban children with considerable advantage when they enter primary school..
-
- The Subcommittee concurs with Cuban representatives who maintain that non-institutional education, in which the family and community are fundamental contributors, is a valuable alternative in the education and integrated development of children. We acknowledge the importance of the Cuban programs to increasing the family's competence level and strengthening its participation in the high quality education of the children.
- The Cuban approach seeks to break down jurisdictional “silos” through considerable integration of resources and sharing of responsibility. The overall philosophy appears to be to identify a goal or a problem and bring together all the agencies and ministries that might be able to contribute to its achievement or resolution. For example, early childhood development and education in Cuba rest on a set of integrated actions involving strong intersectorality. The programs are a shared responsibility of many national government departments and agencies in the fields of health, education, recreation and fitness, social services, culture, as well as a number of non-governmental organizations. Teamwork facilitates further the joint participation and cohesion of different sectors locally, provincially and nationally.

The Subcommittee wishes to stress that a number of serious challenges remain, including food insecurity, severe housing shortages, a lack of freedom of expression, restriction of individual rights, and generalized economic stagnation. These are also important determinants of health.
- Cuba places great importance on science as evidenced by their development of comprehensive databases and insistence on systematic program evaluation. Wherever possible, government policy is informed by rigorous scientific data. Moreover, the quality of much of the scientific research done there is world class.
- Maternal health programs and early childhood development initiatives have been implemented through different stages and have been adapted according to the evidence gathered through successive evaluations.

- We agree with Professors Shanker and Downer who accompanied the Subcommittee on its visit to Cuba that the combined expertise of Canadian and Cuban scientists offers opportunities to contribute to a global effort to enable every child to realize his/her full potential. A major global program with such an objective, based in Canada, would provide the opportunity for Canadians to assume a leadership role in what those two Professors consider to be one of the most important scientific projects ever undertaken.

Recognition of the importance of early childhood development is clearly providing Cuban children with considerable advantage when they enter primary school – the UNESCO study provides compelling support for this assertion.
- The Subcommittee stresses, however, that a number of serious challenges remain in Cuba, including food insecurity, severe shortage of housing, lack of freedom of expression, restriction of individual rights, and generalized economic stagnation, all of which are also important determinants of health.
- Nevertheless, Cuba outperforms just about all countries of similar national income on measures of education and health outcomes. It is our view that, as part of a continuum of services supporting maternal and child health, the Cuban model of mixed institutional and family-centred early childhood development programs offers a promising example of flexible, highly effective, and relatively low-cost interventions.

APPENDIX 1 – AGENDA -- FACT FINDING VISIT TO CUBA

Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology
Subcommittee on Population Health
Fact-finding Visit to Cuba
January 2008

Monday, January 14, 2008

National Assembly of People's Power, Health and Sports Commission

- Dr. Jorge Gonzalez, Chair
- Dr. Diana Martinez, Deputy Chair
- Dr. Pura Aviles, Deputy Chair

Ministry of Public Health

- Mrs. Marcia Covas, Deputy Minister
- Dr. Antonio Gomez
- Dr. Ariel Delgado
- Dr. José Portillo
- Dr. Mitchell Valdes

“5 de Septiembre” Polyclinic

- Dr. Rebeca Mendoza, Director
- Dr. Alén Rojas, Provincial Director

Tour of the Polyclinic

Centre for Genetic Engineering and Biotechnology

- Dr. Pedro López Saura, Director of Clinical Trials and Regulations

Dinner hosted by Sherritt

- Mr. Ian W. Delaney, Chairman, Sherritt
- Mr. Robert Reid, Vice President and Country Manager, Sherritt
- Ms Juanita Montalvo, Vice President, Sherritt International Investments Ltd. and Director, Cuban Operations
- Mr. Carlos Fernandez de Cossio, former Cuban Ambassador to Canada
- Ms Liza Alfonso, Ballet Liza Alfonso
- Mr. Juan Carlos Coello, Director, Escuela de Ballet Liza Alfonso
- Dr. Nicolass Hernandez Guillen, Director Guillen Foundation
- Minister Jose Luis Rodriguez, Ministry of Economy and Planning
- First Deputy Minister Tomás Benitez, Ministry of Basic Industry
- Ms Vivian García Fonseca, Director North American Trade Division, Ministry of Foreign Trade

Tuesday, January 15, 2008

“La Castellana” Medical Psycho-Pedagogic Centre

- Mrs. Marisleidis Perdomo, Director
- Dr. Alén Rojas, Provincial Director
- Mr. Roberto Novoa, Supervisor, Sheltered Workshop
- Mrs. Carmen Viera, Recreational Supervisor

Tour of the centre, visit with students, music and sports presentation by students

Angel Arturo Aballi Pediatric Hospital

- Dr. Rogelio Gonzalez Sánchez, Director
- Dr. Laura Margarita Sánchez, Director, Children’s Ward
- Dr. Arnaldo Izquisdo, Director, Emergency Room
- Dr. Jesús Rabusa, Director, CAT Scan

Tour of the hospital

Ministry of Education

- Dr. Ana Maria Siverio, Director of the Reference Centre, Pre-School Education
- Mrs. Irene Rivera Ferreiro, Director of Pre-School Education

United Nations Development Programme

- Mrs. Susan McDade, resident Coordinator and Representative

World Food Programme

- Mrs. Myrta Kaulard, Country Director

Wednesday, January 16, 2008

Ministry of Education

- Mr. Rolando Ferreiro, Vice Minister
- Dr. Maria Antonia Torres, Director of Health

Nicolas Estebanez Primary School

- Mr. Wilbert Ladson de Guerara, Principal
- Mr. Mario Mesa, Director, Methodology
- Mrs. Estevina Cuervo, Head of First Circle
- Miss Carolina Maniello, Head of Students Organization

Tour of school and presentation by the students

Edora Alonso School for Autistic Children

- Mrs. Imilla Cecilia Campo Valdés, Director

Cuban Health Society

- Dr. Myra Ojeda del Valle, Deputy Director, Documents and Investigations

Centre for Medical Genetics

- Dr. Beatriz Marcheco, Director
- Dr. Maria Cecilia Pérez

Ministry of Foreign Affairs

- Mrs. Yiliam Jimenez Expósito, Deputy Minister
- Mrs. Josefina Vidal, Director, North American Division

Thursday, January 17, 2008

Chernobyl Children's Medical Care Centre

- Mr. Esteban Rosales, Administrator
- Dr. Esther Arostequi, Deputy Director
- Dr. Maité Olivra

Tour of centre and presentation by the students

Centre for Neuroscience

- Dr. Mitchell Valdes, Director
- Dr. Pedro Valdes, Deputy Director

National Assembly of People's Power, Health and Sports Commission

- Dr. Pura Aviles, Deputy Chair
- Dr. Danai Saavedra, Member
- Dr. Tania Gonzalez, Member

Leonar Perez Cabera Maternity Home

- Dra. Evangelina Romero Fernández, Director
- Lic. Ejezahel Rojas, Deputy Director

Tour of the maternity home

Dinner hosted by Ambassador Jean-Pierre Juneau

- Minister Luis Ignacio Gómez, Minister of Education
- Dr. Felipe Cárdenas (pediatric cardiologist)
- Mrs. Susan McDade, Resident Coordinator, United Nations Development Program
- Mr. Fernando Remírez de Estenoz, Chief of International Relations, Central Committee, Communist Party of Cuba
- Dr. Jorge Gonzalez Pérez, Chair, Health and Sports Commission, National Assembly of People's Power
- Ms Ettianet Díaz Estrabao, Canada Desk Officer of International Relations, Young Communists League
- Mr. Jorge Mario Sánchez, Centre for the Study of the United States, University of Havana

- Mrs. José María Rubiera, Vice President, Cuba-Canada Parliamentary Friendship Group
- Mrs. Georgina Chabu, North American Division, Communist Party of Cuba
- Mrs. Josefina Vidal, Director, North American Division, Ministry of Foreign Affairs
- Mrs. María de la Luz B'Hamel, Director, Commercial Policy, Ministry of International Commerce
- Mr. Carlos Alzugaray, Centre for the Study of the United States, University of Havana and former Consul-General in Montreal
- Mr. Carlos Fernández de Cossío, Specialist, Latin American and Caribbean Division, Ministry of Foreign Affairs, former Cuban Ambassador to Canada
- Dr. Myra Ojeda del Valle, Deputy Director, Documents and Investigations, Cuban Health Society
- Mr. Raul Rodríguez, Centre for the Study of the United States, University of Havana
- Mrs. Beatriz Díaz, Centre for Canadian Studies, University of Havana
- Mrs. Mairas Concepción Godoy, Specialist in early Childhood Education, Cuba-Canada Friendship Group

Friday, January 18, 2008

Circulo Infantil Rayito de Sol

- Mrs. Juana de los Ríos, Director

Tour of the day care facility and visit with children

Educa a tu Hijo Rayito de Sol

- Mrs. María Julia García, Program Promoter

Tour of the centre and presentation by the children

Noelio Capote Polyclinic

- Dr. Tania Padra, Principal
- Mr. Cesar Rubio, Mayor

Tour of the polyclinic

UNESCO

- Mr. Herman van Hooff, Director of the UNESCO Regional Office for Culture in Latin America and the Caribbean
- Mr. Miguel Llivina Lavigne, National Program Officer and Head of the Education Sector

Pan-American Health Organization, Regional Office of the World Health Organization

- Dr. Lea Guido López, Permanent Representative
- Mr. José Gomez Lorenzo, Consultant

Dinner hosted by the President of the National Assembly of People's Power

- Mr. Ricardo Alarcón de Quesada, President, National Assembly of People's Power
- Mr. Miguel Alvarez, Assistant to the President

- Dr. Jorge Gonzalez Pérez, Chair, Health and Sports Commission, National Assembly of People's Power
- Dr. Diana Martinez, Deputy Chair, Health and Sports Commission, National Assembly of People's Power
- Minister Luis Ignacio Gómez, Minister of Education
- Mrs. Josefina Vidal, Director, North American Division, Ministry of Foreign Affairs
- Dr. Myra Ojeda del Valle, Deputy Director, Documents and Investigations, Cuban Health Society

APPENDIX 2 - WITNESS LIST

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
39th Parliament 1st Session			
World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health	The Honourable Monique Bégin, P.C., Commissioner	22-02-2007	1
Institute of Population Health	Ronald Labonté, Canada Research Chair in Globalization and Health Equity	28-02-2007	1
Provincial Health Services Authority, B.C.	Dr. John Millar, Executive Director, Population Health Surveillance and Disease Control	28-02-2007	1
School of Health Policy and Management - York University	Dennis Raphael, Professor	28-02-2007	1
Public Health Agency of Canada	Jim Ball, Director, Development and Partnerships Division, Strategic Policy Directorate, Strategic Policy, Communications and Corporate Services Branch	21-03-2007	2
Kunin-Lunenfield Applied Research Centre	Sholom Glouberman, Associate Scientist	21-03-2007	2
Public Health Agency of Canada	Maura Ricketts, Acting Director General, Office of Public Health Practice, Public Health Practice and Regional Operations Branch	21-03-2007	2
Public Health Agency of Canada	Dr. Sylvie Stachenko, Deputy Chief Public Officer, Health Promotion and Chronic Disease Prevention	21-03-2007	2

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Statistics Canada	Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Analysis and Development	21-03-2007	2
Institute of Population and Public Health	Dr. John Frank, Scientific Director of the Canadian Institutes of Health Research	28-03-2007	2
Global Health and Social Policy	Dr. Jody Heymann, Canada Research Chair in Global Health and Social Policy	28-03-2007	2
McGill University	Dr. John Lynch, Canada Research Chair in Population Health	28-03-2007	2
Public Health Agency of Canada	Jim Ball, Director, Development and Partnership Division, Strategic Policy Directorate	25-04-2007	3
Indian and Northern Affairs Canada	Marc Brooks, Director General, Community Development Branch, Socio-economic Policy and Regional Operations sector	25-04-2007	3
Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba	John O'Neil, Professor and Director	25-04-2007	3
Health Canada	Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch	25-04-2007	3
Institute of Aboriginal People's Health (IAPH) for the Canadian Institutes of Health Research (CIHR)	Dr Jeff Reading, Scientific Director	25-04-2007	3
Research Faculty/Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit	Sylvia Abonyi, Canada Research Chair in Aboriginal Health	02-05-2007	3
National Aboriginal Health Organization (NAHO)	Mark Buell, Manager, Policy and Communication Unit	02-05-2007	3

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
University of British Columbia - Department of Psychology	Dr. Michael J. Chandler, University of British Columbia Professor and Distinguished Canadian Institutes for Health Research (CIHR) and Michael Smith Foundation for Health Research (MSFHR) Investigator	02-05-2007	3
National Aboriginal Health Organization (NAHO)	Carole L. Lafontaine, Acting Chief Executive Officer	02-05-2007	3
Toronto University	Dr. Kue Young, Professor, Department of Public Health Services	02-05-2007	3
Observatory on Ageing and Society (OAS)	Dr. André Davignon, Founder	16-05-2007	4
Nova Scotia Department of Health	Valerie J. White, Executive Director, Seniors Secretariat	16-05-2007	4
Public Health Agency of Canada - Division of Aging and Seniors	Margaret Gillis, Director	16-05-2007	4
Canadian Association on Gerontology	Mark Rosenberg, Professor Queen's University	16-05-2007	4
The CHILD Project	Dr. Hillel Goelman, Director, Senior Scholar, Human Early Learning Partnership (HELP)	30-05-2007	4
Canadian Institutes of Health Research	Dr. Michael Kramer, Scientific Director, Institute of Human Development, Child and Youth Health	30-05-2007	4
Council of Early Child Development	Stuart Shankar, Professor, President	30-05-2007	4

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Manitoba Métis Foundation	Dr. Judy Bartlett, Director of Health and Wellness Department and Associate Professor, Department of Community Health Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba	31-05-2007	4
Métis National Council	David Chartrand, Minister of Health	31-05-2007	4
Métis National Council	Marc LeClair, National Advisor to the Minister of Health	31-05-2007	4
Métis National Council	Rosemarie McPherson, National Spokesperson for Women of the Métis Nation	31-05-2007	4
BC Ministry of Health	Dr. Evan Adams Aboriginal Health Physician Advisor, Office of the Provincial Health Officer	01-06-2007	5
Manitoba Métis Foundation	Dr. Judy Bartlett, Director of Health and Wellness Department and Associate Professor, Department of Community Health Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba	01-06-2007	5
Institute of Aboriginal Peoples' Health	Laura Commanda, Assistant Director, Partnerships, Knowledge Translation and International Relations	01-06-2007	5
Pauktutit Inuit Women of Canada	Jennifer Dickson, Executive Director	01-06-2007	5
Native Women's Association of Canada	Claudette Dumont-Smith, Senior Health Advisor	01-06-2007	5
Indigenous People's Health Research Centre	Willie Ermine, Professor, Writer - Ethicist	01-06-2007	5

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Inuit Tapiriit Kanatami	Anna Fowler, Project Coordinator, Department of Health	01-06-2007	5
National Association of Friendship Centres	Alfred J. Guay, Policy Analyst	01-06-2007	5
Assembly of First Nations	Valerie Gideon, Director of Health and Social Development	01-06-2007	5
University of Alberta	Malcom King, Professor, Department of Medicine	01-06-2007	5
Aboriginal Nurses Association of Canada	Julie Lys, Director, North West Territories Region	01-06-2007	5
Toronto University	Chandrakant P. Shah, Professor emeritus	01-06-2007	5
Congress of Aboriginal Peoples	Erin WolskiHealth Policy Program	01-06-2007	5
39th Parliament 2nd Session			
Ministry of Health and Social Affairs	Irene Nilsson-Carlsson, Deputy Director General, Public Health Division	22-11-2007	1
Swedish National Institute of Public Health	Dr. Gunnar Agren, Director General	22-11-2007	1
Karolinska Institute:	Dr. Pirooska Ostlin, Dept. of Public Health Sciences	22-11-2007	1
Swedish National Institute of Public Health	Bernt Lundgren, Public Health Policy Expert	22-11-2007	1
The Quaich Inc.	Patsy Beattie-Huggan, President	28-11-2007	1
McMaster University	John Eyles, Professor, School of Geography and Earth Sciences	28-11-2007	1

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
PEI Department of Health	Teresa Hennebery, Assistant Deputy Minister, Health Operations	28-11-2007	1
Group d'étude sur les politiques et la santé	France Gagnon, Professor and co-chair	05-12-2007	2
University of Montreal	Nicole Bernier, PhD, Assistant Professor	05-12-2007	2
U.K. Department of Health	Dr. Fiona Adshead, Director General of Health Improvement	11-12-2007	2
B.C. Interior Health Authority	Lex Baas, Director of Population Health	12-12-2007	2
University of British Columbia	James Frankish, Professor and Director	12-12-2007	2
Ontario Ministry of Health Promotion	Pegeen Walsh, Director, Chronic Disease Prevention	06-02-2008	3
Toronto Cental Local Health Integration Network	Laura Pisko-Bezruchko, Senior Director, Planning	06-02-2008	3
University of Ottawa Heart Institute	Dr. Andrew Pipe, Medical Director, Prevention and Rehabilitation Centre	06-02-2008	3
Canadian Institute for Health Information	Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer	13-02-2008	3
Canadian Institute for Health Information	Keith Denny, Acting Manager	13-02-2008	3
University of Manitoba	Noralou Roos, Professor, Faculty of Medicine	13-02-2008	3

SENATE



SÉNAT

**LA SANTÉ MATERNELLE ET LE DÉVELOPPEMENT
DE LA PETITE ENFANCE À CUBA**

**Deuxième rapport du
Sous-comité sur la santé des populations du
Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie**

Président
L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-présidente
L'honorable Lucie Pépin

Février 2008

This document is available in English

Disponible sur l'internet Parlementaire:
www.parl.gc.ca
(Travaux des Comités – Sénat – Rapports)
39^e législature – 2^{ième} session

TABLE DES MATIÈRES

ORDRE DE RENVOI.....	i
MEMBRES.....	ii
RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION.....	7
CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE ET HISTORIQUE	8
SANTÉ MATERNELLE ET DÉVELOPPEMENT SAIN DES ENFANTS.....	9
1. Les polycliniques	10
2. Santé maternelle et infantile	11
2.1 Services de génétique médicale.....	13
2.2 Partogramme.....	14
2.3 Maisons maternelles.....	14
2.4 Résultats en matière de santé maternelle et infantile	15
3. Développement et éducation de la petite enfance	16
3.1 <i>Círculos infantiles</i>	17
3.2 <i>Educa a Tu Hijo</i>	18
3.3 Le personnel enseignant	20
3.4 Les enfants handicapés	21
3.5 Les arts dans l'éducation de la petite enfance	21
3.6 Les sports, l'éducation et la santé.....	21
SURVEILLANCE ET ÉVALUATION	22
ASSISTANCE INTERNATIONALE.....	23
RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS ET DES OBSERVATIONS DU SOUS-COMITÉ	24
ANNEXE 1 – ORDRE DU JOUR – VISITE D'ÉTUDE À CUBA.....	27
ANNEXE 2 – LISTE DES TÉMOINS	32

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* le mardi 20 novembre 2007 :

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

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

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

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

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

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

Après débat, la motion, mise aux voix, est adoptée.

MEMBRES

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude du Sous-comité sur la santé des populations concernant l'interpellation au sujet de la *Santé maternelle et le développement de la petite enfance à cuba*.

L'honorable Wilbert Joseph Keon, président du Comité

L'honorable Lucie Pépin, vice-présidente du Comité

Les honorables sénateurs:

Bert Brown

Catherine S. Callbeck

Ethel M. Cochrane

Joan Cook

Joyce Fairbairn, C.P.

Membres d'office du Comité:

Les honorables sénateurs : Hervieux-Payette, C.P. ou (Claudette Tardif) et Marjory LeBreton, C.P. ou (Gérald J. Comeau)

Autre sénateur ayant participé de temps en temps à cette étude:

L'honorable sénateur Jim Munson

RÉSUMÉ
LA SANTÉ MATERNELLE ET LE DÉVELOPPEMENT
DE LA PETITE ENFANCE À CUBA

CONTEXTE

- L'Agence de la santé publique du Canada a défini 12 facteurs influant sur la santé, appelés déterminants de la santé. Le développement de la petite enfance en est probablement l'un des plus importants. Les premières années de la vie d'un enfant jouent un rôle déterminant dans son développement ultérieur étant donné que c'est à ce stade précoce que sont jetées les bases du développement physique, mental et social futur. Cuba fournit un excellent exemple de programme s'adressant à l'ensemble de la population qui adopte une approche préventive pour favoriser la santé, l'éducation et le développement des enfants dès leur plus jeune âge.
- Acceptant l'invitation de l'ambassadeur de Cuba au Canada, Son Excellence Ernesto A. Sentí, le Sous-comité a mené une mission d'étude sur les programmes de développement de la petite enfance de Cuba dans le but d'obtenir de l'information de première main quant à leur contenu, à leur structure, à leur coût, à leur fonctionnement, à leur gestion et à leur incidence.
- La mission s'est déroulée du 12 au 19 janvier 2008. Les membres du Sous-comité ont rencontré des représentants de nombreux ministères, d'établissements de santé et d'enseignement, d'instituts de recherche et d'organisations internationales, de même que des membres de l'Assemblée nationale du pouvoir populaire (Parlement cubain).

CONCLUSIONS

A. Polycliniques

- Un élément clé de l'efficacité de l'approche cubaine en matière de santé maternelle et de développement de la petite enfance est ce que les Cubains appellent la « polyclinique ». Celle-ci joue un rôle beaucoup plus grand que celui de la clinique de santé telle que la conçoivent les Canadiens. En plus d'offrir des soins de santé primaires, cet établissement local assure l'intégration de la science, le transfert des connaissances, l'éducation des parents et la mobilisation de la collectivité.

- Les polycliniques sont multidisciplinaires. Elles sont axées sur la prévention, entreprennent régulièrement des projets de dépistage universel et recommandent fortement l'immunisation. Elles servent en outre à la formation médicale et pédagogique. De plus, le personnel des polycliniques travaille en étroite collaboration avec les enseignants des centres de développement de la petite enfance, des centres préscolaires et des écoles primaires. Ils tiennent des réunions périodiques (semestrielles) afin de discuter de la santé mentale et physique générale des enfants de la collectivité. Enfin, les polycliniques font fonction de ressource pour la collecte de données et la recherche scientifique et de plaque tournante pour les percées scientifiques (transfert des connaissances). Par exemple, le personnel participe régulièrement à des études de prévalence dans l'ensemble de la population, conçues par des scientifiques travaillant dans différents ministères.
- Le lien étroit qui existe entre le personnel de la polyclinique et la population qu'elle dessert crée un système de santé où, au niveau de la rue, chaque aspect de la condition humaine est pris en compte – des soins de santé maternelle à l'enseignement aux aînés du rôle de conseiller pour les petits-enfants.

B. Santé maternelle

- Lorsqu'une Cubaine devient enceinte, elle a accès à un certain nombre de services spécialisés, notamment des services de génétique médicale, le partogramme et les maisons maternelles, au besoin.
- La génétique médicale a été intégrée à tous les niveaux du système de santé cubain et un service d'évaluation des risques génétiques est offert dans chaque polyclinique. Toutes les femmes enceintes et les nouveau-nés bénéficient de ce service.
- Lorsqu'une femme enceinte est identifiée comme étant à risque, un partogramme (plan des soins nécessaires) est établi afin de faciliter la navigation au sein du système de santé. La femme est renvoyée à l'hôpital le mieux adapté à ses facteurs de risque; à partir de ce moment, une équipe commence à lui dispenser les soins nécessaires et s'occupe d'elle jusqu'à la naissance de son enfant.
- Les femmes enceintes qui risquent d'avoir des complications en raison de problèmes comme l'hypertension, l'anémie, la mauvaise alimentation, une insuffisance pondérale ou un surpoids peuvent aussi être renvoyées à une maison maternelle, où elles sont suivies comme patientes externes ou y sont admises, tout dépendant de la gravité de leur état.

- Les indicateurs que le ministère cubain de la Santé publique a présentés au Sous-comité démontrent une amélioration constante de la santé maternelle et infantile de 1970 à 2006.

C. Développement et éducation de la petite enfance

- Cuba met en œuvre trois programmes d'éducation préscolaire non obligatoires. Les *círculos infantiles* sont des centres de la petite enfance pour les enfants de six mois à cinq ans dont la mère travaille. Le programme *Educa a Tu Hijo* [Éduque ton enfant] offre une éducation dans un cadre non institutionnel aux enfants d'âge préscolaire qui ne fréquentent pas les centres de la petite enfance; il est offert en milieu familial (pour les enfants de 0 à 2 ans) ou, dans le cadre de groupes informels d'enfants de deux à quatre ans, dans des parcs ou ailleurs dans le quartier. Un programme préparatoire à l'école est offert à tous les enfants de cinq ans, que leur mère travaille ou non.
- Les *círculos infantiles* accueillent 17 % des enfants, tandis que 12 % fréquentent un centre préscolaire et que 71 % participent au programme *Educa a Tu Hijo*. Ensemble, ces trois programmes touchent presque tous les enfants de moins de six ans.
- Les enfants ayant des besoins particuliers en matière d'éducation reçoivent une attention personnalisée de la part des responsables de la polyclinique locale et, avec l'appui du ministère de l'Éducation, ils sont vus par les spécialistes du programme *Educa a Tu Hijo*. Chaque municipalité a une unité de diagnostic d'éventuels troubles du développement; une équipe multidisciplinaire évalue l'enfant et donne des conseils à la famille.
- Une étude comparative des élèves de troisième et de quatrième année de onze pays d'Amérique latine effectuée par l'UNESCO en 1998 a démontré que les élèves cubains avaient obtenu les meilleurs résultats en mathématiques et en langue. Une mise à jour de l'étude effectuée en 2007 (devant être publiée sous peu) indique à nouveau que les enfants cubains devancent de beaucoup les enfants latino-américains.

OBSERVATIONS DU SOUS-COMITÉ

- Le Sous-comité a été frappé par les propos d'un témoin qui a déclaré que les Cubains « vivent comme des pauvres, mais meurent comme des riches » [traduction]. C'est là le véritable paradoxe cubain – un pays en développement qui présente les indicateurs de santé d'un pays développé. Cuba est renommée mondialement pour ses invariables indicateurs de

bonne santé malgré sa situation économique précaire. Ces réalisations sont particulièrement remarquables compte tenu des embargos sévères sur le commerce et les services décrétés contre Cuba.

- Le pragmatisme de l'approche cubaine à l'égard de la santé et de l'éducation qui vise l'utilisation optimale de ressources restreintes dans le but d'atteindre un objectif clairement défini est admirable.
- Il convient de noter que les fournisseurs de soins de santé et les éducateurs de Cuba manifestent énormément d'engagement et de dévouement à l'égard de leur travail et qu'ils en tirent une grande fierté. Ils semblent éprouver beaucoup de satisfaction professionnelle et personnelle à faire partie d'une équipe qui contribue à l'atteinte d'un objectif global.
- Le Sous-comité croit que les relations étroites que le fournisseur de services (enseignant/médecin/infirmière, etc.) entretient avec l'enfant et la famille lui permettent de comprendre le milieu dans lequel vit l'enfant et de fournir à celui-ci l'aide dont il a besoin.
- Le diagnostic précoce, la recherche, l'évaluation et la surveillance continue sont les éléments clés des programmes cubains. La détection précoce des grossesses à risque, les examens médicaux semestriels et la détection précoce des problèmes de développement de l'enfant sont des mesures de dépistage efficaces qui permettent d'intervenir pendant que l'enfant est en bas âge et d'éviter ainsi le recours à des mesures plus coûteuses ultérieurement.
- Le Sous-comité partage l'avis des représentants cubains qui avancent que l'éducation non institutionnelle faisant jouer un rôle de premier plan à la famille et à la collectivité est une solution de rechange valable pour assurer l'éducation et le développement intégré des enfants. Il reconnaît que les programmes cubains jouent un rôle important pour ce qui est d'accroître le niveau de compétence et la participation de la famille afin d'assurer une éducation de qualité aux enfants.
- Cuba accorde une grande importance à la science comme en témoigne l'établissement de vastes bases de données et l'accent mis sur l'évaluation systématique des programmes. Dans la mesure du possible, les politiques gouvernementales reposent sur des données scientifiques précises. De plus, la qualité de la plupart de ses recherches scientifiques est excellente.
- Le Sous-comité tient toutefois à souligner que Cuba reste aux prises avec un certain nombre de graves problèmes, notamment l'insécurité alimentaire, de graves pénuries de logements, l'absence de liberté d'expression, la restriction des droits individuels et la stagnation économique généralisée – qui concernent d'importants déterminants de la santé.

- Malgré tout, Cuba surpasse à peu près tous les pays de revenu similaire pour ce qui est de l'éducation et des soins de santé. Selon nous, parmi une gamme de services favorisant la santé maternelle et infantile, le modèle cubain de programmes institutionnels divers et axés sur la famille qui visent le développement de la petite enfance offre un exemple prometteur d'interventions souples, très efficaces et relativement peu coûteuses.

LA SANTÉ MATERNELLE ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE À CUBA

Le développement d'un cerveau sain repose pour l'essentiel sur les interactions entre l'aidant et l'enfant. C'est ce qui pousse le cerveau au développement. C'est aussi simple que cela. [...] Si vous réfléchissez à ceci, vous allez constater que ce que je vous dis [...] est que les parents [et les aidants] doivent être la cible prioritaire de toute mesure de prévention en santé.

[Stuart Shanker, Délibérations (4:44)]⁽¹⁾

INTRODUCTION

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie examine les politiques publiques susceptibles d'améliorer l'état de santé général et de réduire les disparités sur le plan de la santé. Au cours d'une série d'audiences préliminaires tenues à Ottawa entre février et juin 2007, divers témoins ont déclaré au Sous-comité que parmi quelque 11 facteurs influant sur la santé, le développement de la petite enfance est probablement l'un des plus importants déterminants de la santé. Ils ont expliqué que les premières années de la vie d'un enfant jouent un rôle déterminant sur son développement ultérieur étant donné que c'est à ce stade précoce que sont jetées les bases du développement physique, mental et social futur. Cuba fournit un excellent exemple de programme s'adressant à l'ensemble de la population qui favorise l'éducation et le développement des enfants dès leur plus jeune âge. Stuart Shanker, éminent professeur de recherche en philosophie et en psychologie de l'Université York (Ontario) et président du Council of Early Child Development, a mentionné que le pays en développement qu'est Cuba a néanmoins instauré à très peu de frais un programme d'intervention multidimensionnel, universel et financé par l'État très efficace qui appuie le développement de la petite enfance⁽²⁾.

À Cuba, le développement sain de tous les enfants est une telle priorité que des mesures sont prises dès la conception et se poursuivent jusqu'à l'entrée à l'école primaire. Selon le professeur Shanker, cette approche *préventive* à l'égard de la santé de la population a été adoptée pour des raisons pratiques : le pays n'aurait pu obtenir pareils résultats s'il avait plutôt choisi de se concentrer sur le *traitement* des maladies mentales et physiques. Obligé de miser avant tout sur la rentabilité, l'État a élaboré divers programmes visant à améliorer la santé mentale et physique de sa population à long terme et mis en place un système ingénieux de dépistage et d'intervention précoces visant à atténuer les conséquences de problèmes d'ordre biologique ou social.

(1) Dans le présent rapport, les témoignages figurant dans les *Délibérations du Sous-comité sur la santé des populations* sont indiqués seulement par le numéro de fascicule et le numéro de page.

(2) La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a aussi identifié le Cuba d'après la révolution comme un exemple important de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une approche axée sur la santé de la population à relativement peu de frais. Voir : Commission des déterminants sociaux de la santé, *Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences*, document d'information, Organisation mondiale de la santé, mars 2005, http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf.

Acceptant l'invitation de l'ambassadeur de Cuba au Canada, Son Excellence Ernesto A. Sentí, le Sous-comité a mené une mission d'étude sur les programmes de développement de la petite enfance de Cuba dans le but d'obtenir de l'information de première main quant à leur contenu, à leur structure, à leur coût, à leur fonctionnement, à leur gestion et à leur incidence. Au cours de la mission, qui s'est déroulée du 12 au 19 janvier 2008, le Sous-comité a rencontré des représentants de nombreux ministères, d'établissements de santé et d'enseignement, d'instituts de recherche et d'organisations internationales, de même que des membres de l'Assemblée nationale du pouvoir populaire (Parlement cubain). L'annexe A contient la liste complète des réunions. Le présent rapport résume les conclusions et les observations du Sous-comité au sujet des programmes cubains.

L'approche préventive à l'égard de la santé de la population a été adoptée pour des raisons pratiques : le pays n'aurait pu obtenir pareils résultats s'il avait plutôt choisi de se concentrer sur le traitement des maladies mentales et physiques. Obligé de choisir la rentabilité avant, l'État a élaboré divers programmes visant à améliorer la santé mentale et physique de sa population à long terme et mis en place un système ingénieux de dépistage et d'intervention précoces visant à atténuer les conséquences de problèmes d'ordre biologique ou social.

CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE ET HISTORIQUE

La République de Cuba se trouve sur une île située au nord des Caraïbes, au confluent de la mer des Caraïbes, du golfe du Mexique et de l'océan Atlantique, à 150 km au sud de Key West, Floride. Elle compte 14 provinces et une municipalité spéciale et couvre une superficie totale de 110 860 km². En 2007, la population est évaluée à 11,4 millions d'habitants, soit une densité moyenne de 102,7 habitants par kilomètre carré. La population est issue d'un mélange ethnique, la majorité des habitants étant métis ou mulâtres⁽³⁾.

Cuba est demeurée une colonie espagnole de l'arrivée de Christophe Colomb en 1492 jusqu'à son accession à l'indépendance, en 1902. Durant la première moitié du XX^e siècle, l'île a oscillé entre élections démocratiques et coups militaires, le dernier ayant eu lieu en 1959 lorsque Fidel Castro, à la tête d'une armée rebelle, a instauré une république socialiste. En 1962, les États-Unis ont imposé un embargo commercial contre Cuba. En réaction à cette mesure, Fidel Castro a signé un accord commercial avec l'Union soviétique.

Toutefois, depuis 1990, Cuba traverse une grave crise économique résultant de la rupture de ses relations commerciales avec ses anciens partenaires de l'Europe de l'Est et de l'interruption des subventions versées par l'ancienne Union soviétique (qui totalisaient entre quatre et six milliards de dollars par année). En 2006, le PIB par habitant était évalué à 4 100 \$, selon la PPA (comparativement à 35 700 \$ au Canada)⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

(3) Central Intelligence Agency (CIA), *The World Factbook*, 2007, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>.

(4) *Ibid.*

(5) La PPA ou « parité des pouvoirs d'achat » est un indice international de prix établi en comparant les prix de biens identiques dans divers pays. Il indique à quel taux doit être convertie une devise pour acheter un panier de biens et de services équivalents dans la devise d'un autre pays. L'ajustement du dollar en fonction de la PPA permet de comparer les prix de produits identiques dans divers pays. La PPA n'est donc pas simplement une conversion monétaire, mais une équivalence qui prend en compte la valeur réelle attribuée à un panier de biens et de services.

Le Canada entretient des relations commerciales avec Cuba depuis fort longtemps. Dès le XVIII^e siècle, des vaisseaux des provinces canadiennes de l'Atlantique échangeaient de la morue et de la bière contre du rhum et du sucre. Aujourd'hui, Cuba est le plus important marché d'exportation du Canada dans les Caraïbes et l'Amérique centrale, et la valeur des échanges bilatéraux représente plus d'un milliard de dollars. En 2006, les exportations canadiennes s'élevaient à 513 millions de dollars. L'ambassadeur du Canada à Cuba, Jean-Pierre Juneau, a déclaré au Sous-comité que le Canada est l'une des principales sources d'investissement étranger direct à Cuba, surtout dans les domaines de l'extraction du nickel, du pétrole et du gaz, et la plus importante source de touristes dans ce pays (plus de 600 000 par année). Il a également expliqué que le programme d'aide canadien, qui dispense plus de 10 millions de dollars par année, vise à aider les Cubains à assurer le développement durable à long terme, l'équité et une saine gouvernance en leur faisant connaître les valeurs et les approches canadiennes qui favoriseront l'édification d'institutions démocratiques et leur permettront de réussir dans une économie mondialisée.

Fidel Castro est demeuré à la tête du pays de 1959 jusqu'à juillet 2006 lorsqu'il a délégué ses fonctions à son frère, le premier vice-président Raúl Castro, pour des raisons de santé. Les représentants du Parlement cubain ont expliqué au Sous-comité que leur système de gouvernement est très différent de celui de la plupart des autres pays. Cuba ne compte qu'un seul parti politique. Le Parlement est l'élément clé du système politique cubain, qui compte en outre 15 assemblées provinciales, 169 assemblées municipales et des centaines de conseils populaires et de circonscriptions à l'échelon local⁽⁶⁾.

Un élément clé de l'efficacité de l'approche cubaine en matière de santé maternelle et de développement de la petite enfance est ce que les Cubains appellent la « polyclinique ». Il s'agit d'un établissement local qui assure l'intégration de la science, le transfert des connaissances, l'éducation des parents et la mobilisation de la collectivité.

SANTÉ MATERNELLE ET DÉVELOPPEMENT SAIN DES ENFANTS

Conjuguée à un niveau élevé de décentralisation, d'initiatives intersectorielles et de participation collective, la structure monolithique du gouvernement cubain a favorisé l'élaboration de politiques et de programmes nationaux touchant la santé maternelle et l'éducation de la petite enfance. La santé et l'éducation sont considérées comme des priorités nationales; les programmes à cet égard sont fondés sur des principes d'universalité, de gratuité, d'accès équitable et de contrôle gouvernemental. Un élément clé de l'efficacité de l'approche cubaine en matière de santé maternelle et de développement de la petite enfance est ce que les Cubains appellent la « polyclinique ». Il s'agit d'un établissement local qui assure l'intégration de la science, le transfert des connaissances, l'éducation des parents et la mobilisation de la collectivité.

(6) Jorge Lezcano Pérez, *How Does the Cuban Parliament Work?*, People's Power Editions, La Havane, 10 juillet 2004.

1. Les polycliniques

Il existe à Cuba 498 polycliniques qui servent principalement de cliniques de santé dans les collectivités locales⁽⁷⁾. Réparties dans toutes les régions du pays, elles sont conçues pour faire en sorte que les médecins et les infirmières et infirmiers qui y travaillent (ou les médecins de premier recours œuvrant sous leur égide) connaissent toutes les personnes de la collectivité desservie et en soient responsables. Leurs tâches comprennent des visites à domicile et des examens médicaux réguliers (deux fois par année). La polyclinique joue un rôle beaucoup plus grand que celui de la clinique de santé telle que la conçoivent les Canadiens :

- Premièrement, le personnel de la polyclinique est multidisciplinaire; en plus des médecins et des infirmières et infirmiers, il peut y avoir un psychologue, un psychiatre, un sociologue, un travailleur social, un dentiste, un orthophoniste, un physiothérapeute, un éducateur et d'autres spécialistes.
- Deuxièmement, la polyclinique est axée sur la prévention et tente de cerner les problèmes avant qu'ils ne s'aggravent; elle entreprend régulièrement des projets de dépistage universel et recommande fortement l'immunisation. Au cours de sa visite, le Sous-comité a appris que la polyclinique découvre souvent qu'un patient est diabétique bien avant que celui-ci ne se doute qu'il est malade. Les polycliniques appliquent cette approche au développement de la petite enfance pour tenter de déceler les problèmes chez les nourrissons et les jeunes enfants avant que les périodes cruciales de développement du cerveau ne prennent fin et que des problèmes biologiques ne se répercutent sur le développement des enfants par la suite.
- Troisièmement, la polyclinique sert à la formation médicale et pédagogique. Les étudiants en médecine et en soins infirmiers reçoivent une grande partie de leur formation dans une polyclinique, qui est bien souvent celle à laquelle ils seront affectés après l'obtention de leur diplôme.
- Quatrièmement, le personnel de la polyclinique travaille en étroite collaboration avec les enseignants des centres de développement de la petite enfance, des maternelles et des écoles et primaires. Ils tiennent des réunions périodiques (semestrielles) afin de discuter de la santé mentale et physique générale des enfants de la collectivité. Ces rencontres ont une double utilité : le personnel préscolaire et pédagogique bénéficie d'une formation permanente (notamment en pédiatrie du développement, en psychologie du développement, en nutrition, en hygiène et en éducation sexuelle), tandis que le personnel de la polyclinique apprend à mieux connaître les enfants de la collectivité par l'entremise directe des enseignants et profite de la sagesse pratique de ceux-ci. Dès qu'un problème est constaté, l'enfant est renvoyé à l'équipe multidisciplinaire de la polyclinique.
- Cinquièmement, la polyclinique fait fonction de ressource pour la collecte de données et la recherche scientifique et de plaque tournante pour les percées scientifiques (transfert des connaissances). Par exemple, le personnel participe à des études de prévalence dans l'ensemble de la population, conçues par des scientifiques travaillant dans les différents

(7) En plus des polycliniques, Cuba compte 14 078 cabinets de médecins de famille, ce qui permet d'offrir, dans l'ensemble, un médecin pour 159 habitants et une infirmière ou un infirmier pour 79,5 habitants. Selon l'information fournie par le ministère cubain de la Santé publique, *Health in Cuba 2007*, présentation au Sous-comité sur la santé des populations, 14 janvier 2008.

ministères. Compte tenu des liens étroits avec les membres de la collectivité, et de la profonde confiance qui en découle, ces études révèlent des taux de conformité remarquablement élevés à Cuba. De plus, des scientifiques sont fréquemment affectés à des polycliniques où ils entreprennent des recherches universitaires et facilitent le transfert de connaissances avec les travailleurs de la collectivité.

2. Santé maternelle et infantile

L'accent que met Cuba sur la santé maternelle et infantile résulte de la culture et des valeurs de sa société. Son Programme de santé maternelle et infantile repose aussi sur la forte participation des familles et de leur collectivité, et fait intervenir dès les premières étapes un secteur des soins de santé primaires bien pensé et intégré, qui englobe les cabinets locaux de médecins de famille et les polycliniques des collectivités. Ce programme doit une grande partie de son succès au fait que le

Le lien étroit qui existe entre le médecin et les familles du voisinage crée un système de santé où, au niveau de la rue, chaque aspect de la condition humaine est pris en compte – des soins de santé maternelle à l'enseignement aux aînés du rôle de conseiller pour les petits-enfants.

personnel médical est en mesure de connaître personnellement les membres de la population dont il est responsable et d'entretenir d'étroites relations avec eux, ce qui l'aide à mener beaucoup d'activités de promotion de la santé et de médecine préventive en plus de dispenser des services de santé primaires. Le lien étroit qui existe entre le médecin et les familles du voisinage crée un système de santé où, au niveau de la rue, chaque aspect de la condition humaine est pris en compte – des soins de santé maternelle à l'enseignement aux aînés du rôle de conseiller pour les petits-enfants. Le système fait intervenir tous les membres du voisinage, créant ainsi les conditions sanitaires optimales dans une société très pauvre selon les normes canadiennes. Tous les Cubains sont « fortement encouragés » à subir deux examens médicaux par année, soit un chez le médecin et un à domicile. À cet égard, Roger Downer, président, Université de Limerick (Irlande), qui a accompagné le Sous-comité en tant qu'observateur, a raconté une anecdote concernant une journaliste américaine vivant à La Havane. Un soir, une infirmière du cabinet de son médecin de famille a frappé à sa porte pour lui dire : « Vous m'avez obligée à monter trois étages pour venir vous chercher parce que vous ne vous êtes pas présentée à la clinique pour votre test de dépistage du cancer du col. Suivez-moi tout de suite je vous prie⁽⁸⁾. »

Le Sous-comité a appris que le Programme de santé maternelle et infantile du ministère cubain de la Santé publique vise les objectifs suivants : améliorer la qualité de la santé de la reproduction; réduire les occurrences de maladies liées à la grossesse et à l'insuffisance de poids à la naissance; abaisser la fréquence des complications périnatales, des infections respiratoires graves et des accidents; promouvoir l'allaitement; favoriser le diagnostic précoce du cancer du col utérin. Dans le cadre de ce Programme, les femmes enceintes doivent faire au moins 12 visites chez le médecin pendant leur grossesse; elles reçoivent une échographie, une analyse de l'alpha-fœtoprotéine, de fréquentes analyses de sang et d'urine, une sérologie, un test de dépistage du VIH, des tests cytogénétiques (dans le cas de femmes ayant une première grossesse à un âge tardif) et un dépistage de l'hypothyroïdie, et sont visées par la recherche sur la

(8) Roger Downer, « Should Irish Healthcare Take Cuban Lessons? », *The Irish Times*, le mardi 13 février 2007.

phénylcétonurie chez les nouveau-nés et en puériculture⁽⁹⁾. De nombreux représentants cubains qui ont rencontré le Sous-comité étaient d'avis qu'un réseau solide de soins primaires est essentiel pour assurer un degré de surveillance régulière des futures mères qui commence avant même la grossesse.

Toutefois, en dépit des nombreux responsables des soins primaires qui s'occupent de l'exécution du programme, il reste des lacunes. Une révision des protocoles thérapeutiques et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires à l'intention des spécialistes des soins de niveaux primaire et secondaire a été entreprise en novembre 2005 dans le but de réduire ou de supprimer ces lacunes. Elle a donné lieu à une meilleure organisation des services, à une attention plus individualisée accordée aux futures mères à risque, et à l'instauration d'une technologie améliorée. Le point de départ de la réforme consistait à déterminer les mesures à prendre pour mieux s'occuper des femmes à risque avant même qu'elles ne soient enceintes afin de mieux contrôler des troubles comme l'hypertension qui comportent des risques pendant une grossesse. Lorsqu'une femme ayant des facteurs de risque devient enceinte, on cherche des façons de maximiser les soins individualisés qu'elle reçoit. Elle fait alors l'objet d'une surveillance étroite de la part du médecin de famille, de la polyclinique et de l'hôpital par l'intermédiaire d'une équipe de médecins chargée de lui prodiguer des soins dès le début.

Bien avant la grossesse, son équipe établit une classification de la population féminine en fonction d'éventuels facteurs de risque qui pourraient compliquer une grossesse tels que le diabète et l'hypertension. Le personnel des soins primaires identifie les femmes qui souhaitent tomber enceinte et s'occupe de celles qui ont un ou plusieurs facteurs de risque afin d'atténuer ceux-ci et d'améliorer les paramètres biologiques, et il les aide à planifier la conception lorsque leur état physique est optimal.

Une des visites du Sous-comité s'est déroulée à la polyclinique « 5 de Septiembre » du district Santa Fé de La Havane. Cette polyclinique est responsable d'une partie de la ville qui occupe 8,2 km² et compte une population d'environ 25 000 personnes et qui s'enorgueillit de n'avoir eu aucune mortalité infantile ni aucune mortalité maternelle en 2007. La directrice de la polyclinique a expliqué que par des services de soins primaires, son équipe a une approche préventive à l'égard de la santé maternelle et infantile. Bien avant la grossesse, son équipe établit une classification de la population féminine en fonction d'éventuels facteurs de risque qui pourraient compliquer une grossesse tels que le diabète et l'hypertension. Le personnel des soins primaires identifie les femmes qui souhaitent devenir enceinte et s'occupe de celles qui ont un ou plusieurs facteurs de risque afin d'atténuer ceux-ci et d'améliorer les paramètres biologiques, et il les aide à planifier la conception lorsque leur état physique est optimal.

Lorsqu'une Cubaine tombe enceinte, elle a accès à un certain nombre de services spécialisés, notamment des services de génétique médicale, le partogramme et les maisons maternelles. Ces services sont traités séparément ci-dessous.

(9) Ministère cubain de la Santé publique, *Health in Cuba 2007*, présentation au Sous-comité sur la santé des populations, 14 janvier 2008.

2.1 Services de génétique médicale

Le Sous-comité a appris que Cuba a récemment réalisé ses plus importants progrès en médecine dans le domaine de la génétique, surtout à l'échelon local. On estime que, sur le taux de mortalité infantile de 5,3 pour 1 000 naissances vivantes, environ 1,3 décès est dû à une déficience congénitale; Cuba espère réduire ce taux encore plus grâce à un programme de génétique médicale.

La génétique médicale a été intégrée à tous les niveaux du système de santé cubain et un service d'évaluation des risques génétiques est offert dans toutes les polycliniques. En fait, toutes les femmes enceintes et les nouveau-nés bénéficient de ce service. En 2006, 97 % de tous les nouveau-nés de Cuba ont fait l'objet d'un dépistage génétique. Ces services reçoivent l'appui de 169 centres municipaux de génétique médicale, de 14 centres provinciaux de génétique médicale et du Centre national de génétique médicale, qui sont tous dotés de généticiens, de conseillers en génétique, d'infirmières et infirmiers et de techniciens (il y a environ un conseiller en génétique pour 17 536 habitants)⁽¹⁰⁾. Ensemble, ces professionnels et ces techniciens exécutent le Programme national de diagnostic, de gestion et de prévention des maladies génétiques et des déficiences congénitales, qui offre les services suivants à l'échelon local :

FIGURE 1 – Services de génétique médicale

ÉTAPE	SERVICES
<i>Avant le mariage, avant la grossesse, avant et après la naissance</i>	<ul style="list-style-type: none">• Service de consultation génétique
<i>Soins prénatals</i>	<ul style="list-style-type: none">• Électrophorèse de l'hémoglobine visant à détecter un risque accru de drépanocytose• Alpha-fœtoprotéine dans le sérum maternel• Échographie génétique au cours des premier et deuxième trimestres de la grossesse• Diagnostic cytogénétique prénatal pour les grossesses à risque
<i>Soins néonatals</i>	<ul style="list-style-type: none">• Dépistage néonatal de cinq maladies : la phénylcétonurie, la galactosémie, le déficit en biotinidase, l'hyperplasie surrénale congénitale et l'hypothyroïdie congénitale.

Source : Centro Nacional de Genética Médica de Cuba, *Medical Genetic Services in The National Health System in Cuba*, présentation au Sous-comité sur la santé des populations, 16 janvier 2007.

Actuellement, la sensibilisation des travailleurs de la santé et de la population à la génétique médicale est une priorité. Le Centre national de génétique médicale de Cuba a également les priorités suivantes en matière de recherche :

- Épidémiologie génétique : prévalence de maladies génétiques et complexes au sein de la population cubaine.
- Cartographie de nouvelles mutations de gènes connus ou de nouveaux gènes liés à des maladies génétiques et complexes au sein de familles cubaines.

(10) Centro Nacional de Genética Médica de Cuba, *Medical Genetic Services in The National Health System in Cuba*, présentation au Sous-comité sur la santé des populations, 16 janvier 2007.

- Évaluation de l'incidence des services de consultation génétique, de la connaissance de la population cubaine relative aux services de génétique médicale et de sa disposition à cet égard.
- Modèles transgéniques pour l'étude des fonctions des protéines et des mécanismes immunologiques dans la prédisposition génétique aux maladies infectieuses.
- Prédisposition génétique à des maladies courantes : maladie d'Alzheimer, asthme, diabète, hypertension, dépression, troubles bipolaires, cancer familial, maladie coronarienne, schizophrénie, maladie de Parkinson, etc.
- Causes des principales incapacités de la population cubaine.
- Vieillesse.

Cuba tient divers registres nationaux afin de faciliter les recherches en cours. Il a notamment un registre des anomalies congénitales (vérification effectuée auprès de 97 % des nouveau-nés), un registre des personnes handicapées (366 000 personnes), un registre des jumeaux (55 000 paires de jumeaux) et un registre de familles concernant des maladies courantes (34 128 familles y sont recensées). Le Centre de génétique médicale a attiré l'attention du Sous-comité sur le fait que des instruments juridiques ont été élaborés afin de protéger la confidentialité des données génétiques individuelles, de réglementer la création de banques de données génétiques et la communication de données génétiques à d'autres pays à des fins de diagnostic et de recherche, et de garantir le respect de normes éthiques dans le cadre des activités de diagnostic et de recherche génétiques.

2.2 Partogramme

Le partogramme est une innovation qui a été intégrée au système de santé cubain afin de faciliter la navigation au sein de celui-ci; il donne un aperçu des étapes critiques de chaque grossesse à risque. Lorsqu'une patiente est identifiée comme étant à risque par son médecin de premier recours et l'obstétricien-gynécologue de sa polyclinique, elle est renvoyée à l'hôpital le mieux adapté à ses facteurs de risque; à partir de ce moment, une équipe commence à lui dispenser les soins nécessaires. En conséquence, chaque mois, dans une région géographique donnée, le personnel de l'hôpital et les fournisseurs de soins primaires de l'endroit se réunissent pour discuter des patientes dont l'accouchement est prévu sous peu et pour déterminer si les mesures envisagées conviennent au niveau et à la nature de chaque cas⁽¹¹⁾.

2.3 Maisons maternelles

La maison maternelle est une autre mesure conçue pour appuyer les mères à risque. Il s'agit d'un centre pour les femmes enceintes qui risquent d'avoir des complications en raison de problèmes comme l'hypertension, l'anémie, la mauvaise nutrition, une insuffisance pondérale ou un surpoids. Les femmes que le médecin de famille ou la polyclinique renvoient à une maison maternelle y sont suivies comme patientes externes ou y sont admises, tout dépendant de la gravité de leur état. Les maisons maternelles veillent à ce que les femmes enceintes reçoivent des soins médicaux adéquats, se reposent suffisamment et aient une saine alimentation dans un endroit relativement près de leur domicile de sorte que leur famille puisse facilement les visiter. Il existe actuellement à Cuba 289 maisons maternelles qui sont établies dans chaque municipalité du pays.

(11) Gail Reed, "The Story Behind Cuba's Decline in Infant Mortality," *MEDICC Review*, 21 janvier 2007, http://www.medicc.org/publications/cuba_health_reports/008.php.

Au cours de sa mission d'étude, le Sous-comité a visité la maison maternelle Leonar Perez Cabrera située dans la Vieille Havane. Décrite comme un centre typique, elle est dotée de 20 infirmières et infirmiers et de cinq médecins : deux omnipraticiens, deux obstétriciens-gynécologues et un médecin spécialisé en nutrition. Il offre sur place des services de dentisterie, d'échographie et de laboratoire, et dispose de suffisamment de lits pour accueillir 50 patientes. La mauvaise alimentation a été mentionnée comme étant le principal problème. Pour sa part, la directrice de la polyclinique « 5 de Septiembre » a laissé entendre que c'était grâce à la maison maternelle locale que les taux d'insuffisance pondérale à la naissance avaient pu être réduits.

La directrice de la polyclinique « 5 de Septiembre » a laissé entendre que c'était grâce à la maison maternelle locale que les taux d'insuffisance pondérale à la naissance avaient pu être réduits.

2.4 Résultats en matière de santé maternelle et infantile

Les nombreux efforts déployés dans le cadre du Programme de santé maternelle et infantile semblent porter fruit. Les indicateurs ci-dessous, qui ont été communiqués au Sous-comité par le ministère cubain de la Santé publique, démontrent une amélioration constante de la santé maternelle et infantile.

FIGURE 2 – Indicateurs du Programme de santé maternelle et infantile, 1970-2006

	1970	1980	1990	1995	2000	2002	2003	2004	2006
Mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	38,7	19,6	10,7	9,4	7,2	6,5	6,3	5,8	5,3
Mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 enfants)	43,7	24,2	13,2	12,5	9,1	8,1	8	7,7	7,1
Insuffisance pondérale (%)	10,3	9,7	7,6	7,9	6,1	5,9	5,5	5,5	5,4
Mortalité maternelle (pour 10 000 naissances vivantes)	--	--	--	4,8	4	4,1	4	3,9	4,9

Source : Ministère cubain de la Santé publique, *Health in Cuba 2007*, présentation au Sous-comité sur la santé des populations, 14 janvier 2008.

Des données récentes indiquent qu'en 2007, le taux de mortalité infantile à Cuba est resté stable, à 5,3 décès pour 1 000 naissances vivantes, égalant celui de 2006, le plus bas jamais enregistré⁽¹²⁾. Cuba s'est ainsi classé deuxième, derrière le Canada, dans l'ensemble des Amériques⁽¹³⁾.

⁽¹²⁾ « Cuba Child Death Lowest in LatAm », *Prensa Latina*, 4 janvier 2008, http://news.caribseek.com/Cuba/Prensa_Latina/printer_60500.shtml

⁽¹³⁾ Orfilio Pelaez, « Cuba détient le taux le plus bas de mortalité infantile en Amérique latine », *Granma International*, 3 janvier 2007, <http://www.granma.cu/frances/2007/enero07/mier3/mortali.html>

3. Développement et éducation de la petite enfance

L'engagement de Cuba à l'égard de l'éducation de base vise notamment l'éducation globale des jeunes enfants qui a pour objectif « d'assurer le meilleur développement possible de l'enfant ». Les représentants du ministère de l'Éducation ont déclaré au Sous-comité que des services d'éducation préscolaire non obligatoire sont offerts aux enfants de six mois à cinq ans selon trois formules :

L'engagement de Cuba à l'égard de l'éducation de base vise notamment l'éducation globale des jeunes enfants qui a pour objectif « d'assurer le meilleur développement possible de l'enfant ».

- Les centres de la petite enfance, appelés *círculos infantiles*, sont des garderies pour les enfants de six mois à cinq ans dont la mère travaille. Certains offrent également l'éducation préscolaire.
- Le programme *Educa a Tu Hijo* [Éduque ton enfant] offre une éducation dans un cadre non institutionnel aux enfants d'âge préscolaire qui ne fréquentent pas les centres de la petite enfance. Fondé sur l'éducation en milieu familial (pour les enfants de 0 à 2 ans), l'enseignement est dispensé dans le cadre de groupes informels d'enfants de deux à quatre ans, dans des parcs ou ailleurs dans le quartier.
- Un programme préparatoire à l'école est offert à tous les enfants de cinq ans, que leur mère travaille ou non.

Les *círculos infantiles* accueillent 17 % des enfants, tandis que 12 % fréquentent la prématernelle et que 71 % participent au programme *Educa a Tu Hijo*. Ensemble, ces trois programmes touchent presque tous les enfants de moins de six ans⁽¹⁴⁾. L'école primaire est obligatoire pour les enfants de six à 14 ans⁽¹⁵⁾.

Figure 3 – Taux de fréquentation à Cuba en 2003-2004, par groupes d'âge

	0-2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	6 ans
Taux de fréquentation au niveau préscolaire	11 %	99,1 %	99,7 %	100 %	0 %
Taux de fréquentation au niveau primaire				1 %	99,2 %

Source: UNESCO, « Cuba : Programmes de protection et d'éducation de la petite enfance (PEPE) », profil des pays établi dans le cadre du *Rapport mondial de suivi sur l'Éducation pour tous – 2007*, 2006.

⁽¹⁴⁾ UNESCO, « Cuba : Programmes de protection et d'éducation de la petite enfance (PEPE) », profil des pays établi dans le cadre du *Rapport mondial de suivi sur l'Éducation pour tous – 2007*, 2006.

⁽¹⁵⁾ *Ibid.*

3.1 *Círculos infantiles*

Créés en 1961, ces centres de la petite enfance gratuits et ouverts toute la journée sont aujourd'hui plus de 1 100 à Cuba⁽¹⁶⁾ et accueillent environ 110 000 enfants.⁽¹⁷⁾ Ils respectent tous les lignes directrices établies par le gouvernement cubain. Ils rassemblent les enfants en fonction de leur âge, par groupes de 30 au maximum, sauf au niveau préscolaire, où les groupes sont limités à 20 enfants. Les centres sont ouverts de 6 h à 19 h, et les enseignants et autres employés y travaillent selon un horaire décalé. Les enfants arrivent généralement vers 8 h et repartent au plus tard à 19 h, selon l'horaire de travail de leurs parents.

Le Sous-comité a visité le *círculo infantil* Rayitos de sol dans le village de Jaruco, qui se trouve dans une région rurale de La Havane. Cent dix enfants fréquentent ce centre qui compte 33 employés, dont 15 enseignants (éducateurs et assistants en éducation), une infirmière à plein temps et un médecin qui se trouve sur place trois jours par semaine. Les membres du Sous-comité ont pu observer de jeunes enfants (de deux ou trois ans) faire des exercices pour améliorer leurs habiletés motrices et leur développement cognitif, et des enfants un peu plus âgés (trois ou quatre ans) accomplir diverses activités imitant la vie de tous les jours, comme faire à manger, aller à l'école, parler au téléphone et conduire un autobus. Le centre cultive aussi un jardin que les enfants aident à entretenir et qui produit de la nourriture pour les repas qui y sont servis.

Le programme d'éducation préscolaire pour les enfants de 0 à 6 ans vise à optimiser le développement intégré de chaque enfant afin de bien les préparer pour l'école. Il comporte les éléments suivants : développement sociomoral, développement moteur, connaissance du monde, langue maternelle, expression artistique, musique, expression corporelle et jeu. Le processus éducationnel s'articule autour de quatre genres d'activités : programmées, indépendantes et complémentaires ainsi que certaines pratiques (repas, repos, hygiène et bain).

Il y a trois catégories de centres de la petite enfance : les centres de jour ordinaires, ouverts cinq jours par semaine, accueillent les enfants dont les parents travaillent; les centres pour enfants handicapés répondent aux besoins spéciaux de ces derniers; les pensionnats accueillent des enfants ayant des problèmes d'ordre social.

En 2001, près de 70 % des 880 000 enfants d'âge préscolaire dont la mère ne travaillait pas n'ont pas fréquenté les centres de la petite enfance de Cuba⁽¹⁸⁾. Toutefois, vers la fin des années 1990, toutefois, l'arrivée d'un plus grand nombre de parents sur le marché du travail a engendré une pénurie de places; aucun nouveau centre n'a été construit en raison de la rareté des matériaux de construction. Pour résoudre ce problème, le gouvernement a adopté, en 1992, une politique nationale de congé de maternité qui prévoit des prestations de maternité pendant trois mois avant et après la naissance d'un enfant. Les mères qui prolongent leur congé de six mois, à

⁽¹⁶⁾ Graciella Cruz-Taura, *Rehabilitating Education in Cuba: Assessment of Conditions and Policy Recommendations*, Institute for Cuban and Cuban-American Studies, University of Miami, 2003, p. 72, http://ctp.iccas.miami.edu/Research_Studies/GCruzTaura.pdf.

⁽¹⁷⁾ Ministère cubain de l'Éducation, présentation au Sous-comité sur la santé des populations, 15 janvier 2008, <http://www.one.cu/aec2006/anuariopdf2006/capitulo16/XVI.2.pdf>.

⁽¹⁸⁾ Susan A. Miller, « Early Childhood Education in Cuba », *Childhood Education*, 15 septembre 2002.

leurs frais, ont la garantie de retrouver leur emploi. Les mères qui travaillent peuvent envoyer leur enfant à une garderie gratuitement à partir de l'âge de six mois⁽¹⁹⁾.

3.2 Educa a Tu Hijo

En 1992, après dix années de recherche, de mise à l'essai et de perfectionnement, et avec le soutien de l'UNICEF, Cuba a lancé un programme national de services communautaires à l'intention des jeunes enfants et de leur famille appelé *Educa a Tu Hijo* [Éduque ton enfant]. Il s'agit d'une solution non institutionnelle pour les enfants qui ne fréquentent pas un centre de la petite enfance; elle vise à guider les familles et à leur donner les moyens pour stimuler le développement intégré de leurs enfants en se fondant sur leurs propres expériences, intérêts et besoins. Le programme offre notamment les services suivants :

- À l'occasion de leurs visites médicales chez le médecin et les infirmières et infirmiers, les futurs parents reçoivent de l'information et des conseils sur les grossesses en santé et le développement des jeunes enfants.
- Une ou deux fois par semaine, des intervenants rendent visite aux familles ayant des enfants de moins de deux ans et, par des jeux, des conversations et d'autres activités, ils apprennent aux parents à stimuler le développement de leur bébé.
- Les enfants de deux à quatre ans et leur famille se rendent, une ou deux fois par semaine, dans des parcs ou des centres culturels et sportifs en compagnie de conseillers formés dans le développement de l'enfant et la participation familiale.
- Le programme offre également une éducation à environ 7 000 enfants de cinq et six ans vivant dans les régions montagneuses ou rurales trop éloignées des centres de la petite enfance et des écoles primaires. Dans le cadre du programme, les enfants se rendent, une ou deux fois par semaine, dans les écoles primaires avec leur famille afin d'assister à des cours et de participer à des discussions familiales.

Les familles reçoivent l'aide de conseillers qui peuvent être des membres des familles et qui sont choisis par les agences et les organisations participant au programme. Ces conseillers sont formés par des superviseurs appelés « promoteurs ». En juin 2005, le programme comptait environ 116 000 conseillers et 53 000 promoteurs⁽²⁰⁾ qui s'occupaient de plus de 600 000 enfants de 0 à 6 ans et de leurs familles⁽²¹⁾. Par exemple, il y a dans le village de Jaruco 158 promoteurs et 123 conseillers pour 1 332 enfants. Tous les promoteurs et les conseillers sont bénévoles ou participent au programme dans le cadre de leur emploi.

Le programme propose une série d'activités pour aider les familles à stimuler le développement socio-affectif, cognitif et moteur de l'enfant, et les conseiller en matière de santé et de nutrition. Comme un membre du Sous-comité l'a fait remarquer pendant la mission

⁽¹⁹⁾ *Ibid.*

⁽²⁰⁾ UNESCO, « Cuba : Programmes de protection et d'éducation de la petite enfance (PEPE) », profil des pays établi dans le cadre du *Rapport mondial de suivi sur l'Éducation pour tous – 2007, 2006.*

⁽²¹⁾ Anso Thom, « Child Development a Priority in Cuba », *Health-e News Service*, 13 décembre 2000, http://health-e.org.za/news/easy_print.php?uid=20001209.

d'étude, le programme pourrait facilement s'appeler Éduque le parent, étant donné que l'aidant joue un rôle essentiel pour ce qui est d'apprendre à stimuler le développement complet de l'enfant. Les Cubains ont toutefois appris qu'il ne suffit pas de montrer aux aidants les activités appropriées à faire et de s'assurer qu'ils les répètent. Les membres de la famille doivent acquérir une compréhension du développement de l'enfant et de la responsabilité principale qui leur incombe à cet égard non seulement au moyen d'activités stimulantes, mais également par une participation directe, la démonstration d'affection et les conditions habituelles de sécurité et d'autres conditions qui sont des déterminants importants de la santé mentale et physique. Finalement, il s'agit de créer des familles qui favorisent un développement sain.

Les Cubains ont appris qu'il ne suffit pas de montrer aux aidants les activités appropriées à faire et de s'assurer qu'ils les répètent. Les membres de la famille doivent acquérir une compréhension du développement de l'enfant et de la responsabilité principale qui leur incombe à cet égard non seulement au moyen d'activités stimulantes, mais également par une participation directe, la démonstration d'affection et les conditions habituelles de sécurité et d'autres conditions qui sont des déterminants importants de la santé mentale et physique. Finalement, il s'agit de créer des familles qui favorisent un développement sain.

Le programme *Educa a Tu Hijo* recrute tant les parents que les grands-parents en tant qu'agents de diagnostic et d'intervention. Dans l'une des polycliniques visitées, le Sous-comité a vu une classe remplie de grands-parents de 65 à 85 ans qui poursuivaient des études de baccalauréat en psychologie et à qui enseignait un professeur de psychologie de l'Université de La Havane. Il a appris que ce programme avait un triple avantage : tout d'abord, il stimule le cerveau de personnes vieillissantes; ensuite, il appuie les efforts continus de Cuba pour relever les niveaux d'éducation de sa population; enfin, il dote les grands-parents d'outils de développement dont ils se serviront auprès de leurs petits-enfants et qu'ils transmettront aux parents qui travaillent.

Les représentants du ministère de l'Éducation ont attiré l'attention du Sous-comité sur le fait que la nature communautaire du programme et l'approche intersectorielle employée sont les principaux gages de son succès. À Cuba, les organismes partenaires sont les ministères de la Santé publique, de la Culture et des Sports, la Fédération des femmes cubaines, l'Association nationale des petits agriculteurs, les organisations d'étudiants, les syndicats, les Comités de défense de la révolution (associations de quartier) et les médias. À l'échelon local, ces groupes collaborent afin d'identifier d'éventuels conseillers et promoteurs, de trouver des endroits où tenir les activités et des dons en nature, de promouvoir le programme et d'encourager la participation des familles. Même à Cuba, où de nombreux facteurs sociaux, politiques et structurels facilitent la collaboration intersectorielle, les représentants du ministère de l'Éducation ont reconnu qu'il a fallu un certain temps avant d'atteindre un tel degré de collaboration intersectorielle.

Même à Cuba, où de nombreux facteurs sociaux, politiques et structurels facilitent la collaboration intersectorielle, les représentants du ministère de l'Éducation ont reconnu qu'il a fallu un certain temps avant d'atteindre un tel degré de collaboration intersectorielle.

La sensibilisation et la formation sont nécessairement au cœur du programme. Afin de les favoriser, le ministère cubain de l'Éducation a élaboré divers documents visant à faire participer

des partenaires de tous les secteurs, de même que des guides pédagogiques à l'intention des aidants concernant des activités qui renforcent le développement de l'enfant.

3.3 Le personnel enseignant

Les Cubains ont adopté un certain nombre de pratiques conçues pour accroître la capacité de l'enseignant de connaître un enfant et de favoriser son développement. Par exemple, misant sur le grand succès qu'a connu la formation sur le terrain des futurs enseignants de la petite enfance, ils mettent actuellement à l'essai la formation sur le terrain de futurs enseignants de niveau secondaire. À ce niveau, cela exige toutefois beaucoup plus qu'une simple modification administrative.

Au niveau primaire, un programme d'éducation national est mis en œuvre; tous les enfants de même année effectuent les mêmes lectures et les mêmes activités le même jour. Les progrès accomplis par chaque enfant dans chaque matière font l'objet d'une évaluation trimestrielle de la part de l'enseignant, et à la fin de chaque semestre, enfants et enseignants subissent une évaluation qui prend la forme d'examens finaux de l'État⁽²²⁾. Le salaire de l'enseignant est fonction des taux de passage des élèves⁽²³⁾, et son appréciation de rendement repose sur un solide système de supervision et d'évaluation; les directeurs font l'évaluation des enseignants sur une base annuelle. Les enseignants qui ont un rendement médiocre peuvent être chargés de travailler avec d'autres enseignants, envoyés en perfectionnement professionnel ou finalement renvoyés⁽²⁴⁾. Le directeur fait lui aussi l'objet d'une évaluation annuelle, tant de la part d'un comité de spécialistes du programme d'éducation que de celle de son supérieur immédiat.

Les enseignants des niveaux préscolaire et primaire reçoivent tous la même formation universitaire et touchent le même salaire. Ils peuvent obtenir une accréditation pour le niveau préscolaire (de 0 à cinq ans) ou primaire (de 6 à 12 ans). La formation s'échelonne sur cinq ans et comporte, durant la dernière année, de la recherche pratique et des stages d'enseignement dans un contexte éducatif. L'UNESCO fait remarquer qu'en 2003-2004, la totalité des 27 239 membres du personnel enseignant étaient des femmes⁽²⁵⁾. Le Sous-comité n'a pas été en mesure de déterminer les niveaux de salaire des enseignants. Selon Miller, il était d'environ 18 dollars par mois en 2001, tandis que Coe et McConnell l'établissent à entre 10 et 14 dollars par mois. À titre de comparaison, les professeurs d'université touchent 20 dollars par mois et les policiers, 40 dollars⁽²⁶⁾. Hunt avance que le salaire moyen d'un enseignant à Cuba est comparable à celui d'un médecin⁽²⁷⁾.

(22) Gwendolyn Coe et Judith Lynne McConnell, « The Children of Cuba », *Beyond the Journal*, National Association for the Education of Young Children, septembre 2004, <http://www.journal.naeyc.org/btj/200409/coe.asp>.

(23) Christopher Worthman et Lourdes Kaplan, « Literacy Education and Dialogical Exchange: Impressions of Cuban Education in One Classroom », *The Reading Teacher*, vol. 54, n° 7, avril 2001.

(24) Barbara C. Hunt, « A Look at Cuban Schools: What is Cuba Doing Right? », *Phi Delta Kappan*, vol. 85, n° 3, novembre 2003.

(25) UNESCO, « Cuba : Programmes de protection et d'éducation de la petite enfance (PEPE), profil des pays établis dans le cadre du *Rapport mondial de suivi sur l'Éducation pour tous – 2007*, 2006.

(26) Susan A. Miller, « Early Childhood Education in Cuba », *Childhood Education*, 15 septembre 2002.

(27) Barbara C. Hunt, « A Look at Cuban Schools: What is Cuba Doing Right? », *Phi Delta Kappan*, vol. 85, n° 3, novembre 2003, p. 246.

3.4 Les enfants handicapés

De 2001 à 2003, des chercheurs cubains se sont rendus au domicile de chacune des 366 864 personnes handicapées du pays dans le cadre d'une étude psychosociale nationale sur les personnes handicapées et d'une étude psychopédagogique, sociologique et génétique connexe sur les personnes ayant une déficience intellectuelle. Les résultats ont permis de mieux comprendre les types de services nécessaires à Cuba et les mesures de prévention qu'il faudrait prendre pour réduire le nombre de cas d'invalidité : l'investissement dans les services de génétique médicale décrits précédemment est l'une de ces mesures.

Au cours de sa visite du centre psychopédagogique médical *La Castellana* pour personnes ayant une déficience intellectuelle, le Sous-comité a appris que l'étude nationale avait identifié approximativement 15 000 enfants dont la mobilité est tellement réduite qu'ils quittent rarement leur lit. Il a été démontré que le fait d'avoir un parent attentif est d'une importance capitale au bien-être de l'enfant. C'est pourquoi un programme a été instauré pour accorder à la mère un congé payé. Dans d'autres cas, un enseignant se rend au domicile de l'enfant.

Les enfants ayant des besoins particuliers en matière d'éducation reçoivent une attention personnalisée de la part des responsables de la polyclinique locale et, avec l'appui du ministère de l'Éducation, ils sont vus par les spécialistes du programme *Educa a Tu Hijo*. Chaque municipalité a une unité de diagnostic d'éventuels troubles du développement; une équipe multidisciplinaire évalue l'enfant et donne des conseils à la famille. Cuba a ouvert deux écoles spécialisées dans l'autisme, dont l'une a été visitée par un membre du Sous-comité. Entièrement financées par l'État, ces écoles répondent aux besoins de jeunes de deux à 18 ans et dispense une thérapie individualisée de l'autisme. Le directeur de l'établissement visité a expliqué que l'école fait fonction de centre de thérapie, offre un appui aux familles touchées et constitue une importante ressource scientifique; des scientifiques dirigent des recherches visant à déterminer les genres de thérapies qui conviennent à différentes catégories d'enfants autistes.

3.5 Les arts dans l'éducation de la petite enfance

Depuis 1959, les arts et la littérature font également partie des priorités du gouvernement cubain. Des écoles d'arts ont été ouvertes dans des centres culturels; les enfants d'âge scolaire doivent suivre, pendant au moins six heures par semaine en dehors des heures de classe, des cours de musique, de danse, de théâtre et d'arts plastiques⁽²⁸⁾ qui visent à leur inculquer les valeurs morales, sociales et politiques de leur société. Deux jours par semaine, les enfants de la maternelle qui retournent normalement à la maison pour le déjeuner se joignent à ceux qui mangent à l'école pour participer à des activités artistiques. De 14 h 30 à 16 h 30, les enfants pratiquent diverses activités comme la musique, la rythmique, le bricolage et la peinture.

3.6 Les sports, l'éducation et la santé

Il est très clair que les sports ont été intégrés aux politiques et aux programmes en matière de santé et d'éducation. Au moment de la toute première réunion du Sous-comité, les membres de la Commission parlementaire sur la santé et les sports ont clairement indiqué que cette orientation vient du plus haut niveau. Le ministère de l'Éducation a signalé que le niveau élevé de participation sportive chez les Cubains prend sa source dans le sport scolaire, qui donne lieu

⁽²⁸⁾ Coe et McConnell, *op. cit.*

chaque année à des jeux scolaires municipaux, provinciaux et nationaux présentant des compétitions dans une vingtaine de disciplines. Les athlètes qui se démarquent de ces jeux sont souvent recrutés dans les équipes de sport nationales de Cuba.

Au centre psychopédagogique médical *La Castellana*, le Sous-comité a eu le plaisir de rencontrer des médaillés de compétitions internationales qui se sont déroulées partout dans le monde, notamment les Jeux olympiques spéciaux de Chine.

SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Le gouvernement cubain a fait de la surveillance, de l'évaluation et de la recherche des éléments clés de ses politiques en matière de santé et d'éducation. Il a créé des bases de données qui comportent divers indicateurs concernant l'ensemble de la population et s'en sert pour évaluer l'incidence de ses politiques. Ces bases de données contiennent des indicateurs généraux de l'état de santé, y compris des données sur les déficiences. Des représentants de l'Organisation mondiale de la santé ont affirmé au Sous-comité que ces données sont fiables et de grande qualité.

Le gouvernement cubain a fait de la surveillance, de l'évaluation et de la recherche des éléments clés de ses politiques en matière de santé et d'éducation. Il a créé des bases de données qui comportent divers indicateurs concernant l'ensemble de la population et s'en sert pour évaluer l'incidence de ses politiques. Ces bases de données contiennent des indicateurs généraux de l'état de santé, y compris des données sur les déficiences. Des représentants de l'Organisation mondiale de la santé ont affirmé au Sous-comité que ces données sont fiables et de grande qualité.

Le système d'éducation préscolaire est particulièrement intéressant étant donné qu'il a fait l'objet d'une surveillance et d'évaluations et qu'il a été modifié en fonction de celles-ci. Le système d'évaluation de l'éducation préscolaire comprend :

- Une évaluation systématique effectuée par les enseignants des centres de la petite enfance et, dans le cas du programme non institutionnel, par les conseillers.
- Tous les deux mois, une évaluation des progrès de développement et de l'atteinte des objectifs du cycle établis pour chaque année de vie ou chaque cycle.
- Une évaluation finale ou une évaluation du développement à la fin de chaque niveau scolaire.
- Une liste de tâches diagnostiques est donnée à tous les enfants qui terminent la maternelle; les résultats servent à établir le profil personnel de chaque enfant et du groupe, afin de concevoir sur mesure le début de la première année.
- La surveillance quinquennale des résultats du programme *Éduque ton enfant*.

Des comparaisons entre les pays font ressortir l'efficacité des efforts de Cuba en matière d'éducation :

- Une étude comparative des élèves de troisième et de quatrième année de onze pays d'Amérique latine effectuée par l'UNESCO en 1998 a démontré que les élèves cubains

avaient obtenu les meilleurs résultats en mathématiques et en langue⁽²⁹⁾. Lors de la réunion du Sous-comité avec des représentants de l'UNESCO à La Havane, l'organisation a révélé qu'une mise à jour de l'étude effectuée en 2007 (devant être publiée sous peu) indique à nouveau que les enfants cubains devancent de beaucoup les enfants latino-américains.

- Le *Rapport mondial de suivi sur l'Éducation pour tous* de l'UNESCO classe Cuba parmi les 47 pays du monde qui ont atteint les six objectifs de son programme Éducation pour tous, notamment l'éducation primaire universelle, l'alphabétisation des adultes, l'égalité entre les sexes et la qualité de l'enseignement⁽³⁰⁾.
- Le programme *Educa a Tu Hijo* a été reproduit, adapté et mis en œuvre dans divers pays, notamment le Brésil, le Mexique, le Venezuela, la Colombie, le Guatemala et l'Équateur.

ASSISTANCE INTERNATIONALE

Le Sous-comité a eu l'occasion de visiter l'hôpital pédiatrique de Tarará, situé à environ 20 kilomètres à l'est du centre-ville de La Havane. Depuis 1990, cet hôpital dispense à de jeunes victimes de l'accident nucléaire de Tchernobyl une aide médicale dans un environnement plaisant et reposant qui favorise leur réadaptation. En plus des cours d'espagnol et de salsa, le programme des enfants de Tchernobyl de l'hôpital de Tarará prévoit des cours en russe et en Ukraine afin que les enfants ne subissent pas (ou très peu) d'interruption de leurs études. En voyant de leurs yeux les terribles conséquences de cette catastrophe qui s'est produite il y a plus de 20 ans, les membres du Sous-comité ont pris conscience des énormes conséquences à long terme que comporte un accident nucléaire.

Le Sous-comité a aussi appris qu'en plus d'offrir une aide médicale en cas de catastrophe naturelle dans d'autres pays, en signe de solidarité, Cuba appuie l'éducation et la formation de médecins et d'infirmières et infirmiers étrangers. La formation en médecine et en soins infirmiers se donne à Cuba ou sous le tutorat de professeurs cubains à l'étranger. Au cours des deux dernières années, plus de 13 000 étudiants de 17 pays se sont inscrits au Programme de médecine communautaire à Cuba, tandis que 28 000 étudiants du Timor-Oriental, de Guinée-Bissau et du Venezuela ont participé au Programme à l'étranger. De plus, 356 étudiants provenant de six pays des Caraïbes participent actuellement au Programme de formation en soins infirmiers de Cuba. Une aide d'urgence est assurée grâce à 32 brigades médicales d'urgence regroupant 10 000 professionnels cubains de la santé qui dispensent des services dans 19 pays depuis 1960 et qui ont aidé plus de deux millions de victimes de catastrophes au Chili, au Guatemala, au Pakistan, en Bolivie et en Indonésie⁽³¹⁾.

(29) UNESCO, 1998, Laboratoire latino-américain d'évaluation de la qualité de l'éducation, Première étude internationale comparative sur la langue, les mathématiques et les facteurs connexes en troisième et quatrième années (Santiago de Chile : UNESCO), cité par Graciella Cruz-Taura, « Rehabilitating Education in Cuba: Assessment of Conditions and Policy Recommendations », Institute for Cuban and Cuban-American Studies, University of Miami, 2003, http://ctp.iccas.miami.edu/Research_Studies/GCruzTaura.pdf.

(30) UNESCO, *Un bon départ : Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous 2007*, Paris, 2006, <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001477/147794E.pdf>.

(31) Ministère cubain des Affaires étrangères, *Cuban Cooperation For A Better World*, La Havane, 2007.

RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS ET DES OBSERVATIONS DU SOUS-COMITÉ

- Le Sous-comité a été frappé par les propos d'un témoin qui a déclaré que les Cubains « vivent comme des pauvres, mais meurent comme des riches » [traduction]. C'est là le véritable paradoxe cubain – un pays en développement qui présente les indicateurs de santé d'un pays développé. Cuba est renommé mondialement pour ses invariables indicateurs de bonne santé malgré sa situation économique précaire. Ces réalisations sont particulièrement remarquables compte tenu des embargos sévères sur le commerce et les services décrétés contre Cuba.
- Le pragmatisme de l'approche cubaine à l'égard de la santé et de l'éducation qui vise l'utilisation optimale de ressources restreintes dans le but d'atteindre un objectif clairement défini est admirable.
- Il convient de noter que les fournisseurs de soins de santé et les éducateurs de Cuba manifestent énormément d'engagement et de dévouement à l'égard de leur travail et qu'ils en tirent une grande fierté. Ils semblent éprouver beaucoup de satisfaction professionnelle et personnelle à faire partie d'une équipe qui contribue à l'atteinte d'un objectif global.
- L'investissement dans la santé et l'éducation est une priorité pour le pays. Des politiques ont été instaurées afin d'aider les enfants à réaliser leur plein potentiel.
- Les enfants sont traités comme des personnes à part entière et non comme les éléments d'un groupe : les problèmes sont détectés très tôt et des mesures sont prises rapidement pour tenter d'en venir à bout.
- Le Sous-comité croit que les relations étroites que le fournisseur de services (enseignant/médecin/infirmière, etc.) entretient avec l'enfant et la famille lui permettent de comprendre le milieu dans lequel vit l'enfant et de fournir à celui-ci l'aide dont il a besoin.
- Trois principes fondamentaux orientent les politiques et les programmes cubains en matière de santé et d'éducation depuis la révolution de 1959 : l'universalité, l'accès équitable et le contrôle gouvernemental. Les programmes sont gratuits, universels et offerts dans toutes les régions, tant rurales qu'urbaines. Ils font intervenir la famille et la collectivité, qui sont considérés comme les acteurs principaux du bien-être et du développement des enfants.
- Le diagnostic précoce, la recherche, l'évaluation et la surveillance continue sont les éléments clés des programmes cubains. La détection précoce des grossesses à risque, les examens médicaux semestriels, la détection précoce des problèmes de développement de l'enfant sont des mesures de dépistage efficaces qui permettent d'intervenir pendant que l'enfant est en bas âge et d'éviter ainsi le recours à des mesures plus coûteuses ultérieurement.
- Le Sous-comité sait que des travaux de recherche canadiens et internationaux établissent l'importance cruciale des premières années de la vie sur les plans affectif, cognitif et moteur. Compte tenu du fait que les synapses se développent au cours de cette période de la vie, une stimulation précoce de qualité des enfants est alors essentielle.
- Le Sous-comité croit que Cuba est un chef de file en matière de développement de la petite enfance et de programmes d'éducation des enfants, de la naissance à six ans.

- L'étude de l'UNESCO étaye l'affirmation selon laquelle l'importance accordée au développement de la petite enfance donne manifestement aux enfants cubains un avantage considérable lorsqu'ils commencent l'école primaire.
- Le Sous-comité partage l'avis des représentants cubains qui avancent que l'éducation non institutionnelle qui fait jouer un rôle de premier plan à la famille et à la collectivité est une solution de rechange valable pour assurer l'éducation et le développement intégré des enfants. Il reconnaît que les programmes cubains jouent un rôle important pour ce qui est d'accroître le niveau de compétence et la participation de la famille afin d'assurer une éducation de qualité aux enfants.

Le Sous-comité tient toutefois à souligner qu'un certain nombre de graves problèmes demeurent, notamment l'insécurité alimentaire, de graves pénuries de logements, l'absence de liberté d'expression, la restriction des droits individuels et la stagnation économique généralisée, qui sont aussi d'importants déterminants de la santé.
- L'approche cubaine vise à briser le cloisonnement des compétences par une intégration considérable des ressources et un partage des responsabilités. Le principe général consiste à fixer un objectif ou à cibler un problème et à rassembler tous les organismes et les ministères qui pourraient contribuer à l'atteinte de cet objectif ou à la résolution du problème.
- Par exemple, l'éducation et le développement de la petite enfance à Cuba reposent sur une série de mesures intégrées comportant une forte collaboration intersectorielle. Les programmes sont la responsabilité commune de nombreux ministères et organismes nationaux œuvrant dans les domaines de la santé, de l'éducation, des loisirs et de la condition physique, des services sociaux et de la culture, et d'un certain nombre d'organisations non gouvernementales. Le travail en équipe facilite encore plus la participation conjointe et la cohésion des divers secteurs aux échelons local, provincial et national.
- Cuba accorde une grande importance à la science comme en témoigne l'établissement de vastes bases de données et l'accent mis sur l'évaluation systématique des programmes. Dans la mesure du possible, les politiques gouvernementales reposent sur des données scientifiques précises. De plus, la qualité de la plupart de ses recherches scientifiques est excellente.
- Les programmes de santé maternelle et les projets de développement de la petite enfance ont été mis en œuvre à différentes étapes et modifiés en fonction des données probantes recueillies lors des évaluations.
- Le Sous-comité partage l'avis des professeurs Shanker et Downer qui l'ont accompagné à Cuba et qui croient que l'expertise combinée des scientifiques canadiens et cubains offre des possibilités de contribuer à l'effort mondial visant à permettre à chaque enfant de réaliser son plein potentiel. La mise en œuvre au Canada d'un important programme mondial ayant un tel objectif permettrait aux Canadiens de jouer un rôle prépondérant dans ce qui pourrait être, selon ces deux professeurs, l'un des plus importants projets scientifiques jamais entrepris.

L'importance accordée au développement de la petite enfance donne manifestement aux enfants cubains un avantage considérable lorsqu'ils commencent l'école primaire. L'étude de l'UNESCO étaye cette affirmation.

- Le Sous-comité signale toutefois que Cuba reste aux prises avec un certain nombre de graves problèmes, notamment l'insécurité alimentaire, de graves pénuries de logements, l'absence de liberté d'expression, la restriction des droits individuels et la stagnation économique généralisée, qui sont tous eux aussi d'importants déterminants de la santé.
- Malgré tout, Cuba surpasse à peu près tous les pays de revenu similaire pour ce qui est de l'éducation et des soins de santé. Selon nous, parmi une gamme de services favorisant la santé maternelle et infantile, le modèle cubain de programmes institutionnels divers et axés sur la famille qui visent le développement de la petite enfance offre un exemple prometteur d'interventions souples, très efficaces et relativement peu coûteuses.

ANNEXE 1 – ORDRE DU JOUR – VISITE D'ÉTUDE À CUBA

Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie
Sous-comité de la santé de la population
Visite d'étude à Cuba
Janvier 2008

Le lundi 14 janvier 2008

Assemblée nationale du pouvoir populaire, Commission de la santé et des sports

- D^r Jorge Gonzalez, président
- D^{re} Diana Martinez, vice-présidente
- D^{re} Pura Aviles, vice-présidente

Ministère de la Santé publique

- M^{me} Marcia Covas, sous-ministre
- D^r Antonio Gomez
- D^r Ariel Delgado
- D^r José Portillo
- D^r Mitchell Valdes

Polyclinique « 5 de Septiembre »

- D^{re} Rebeca Mendoza, directrice
- D^r Alén Rojas, directeur provincial

Visite de la polyclinique

Centre de génie génétique et de biotechnologie

- D^r Pedro López Saura, directeur des essais cliniques et de la réglementation

Dîner donné par Sherritt

- M. Ian W. Delaney, président, Sherritt
- M. Robert Reid, vice-président et directeur pour le pays, Sherritt
- M^{me} Juanita Montalvo, vice-présidente, Sherritt International Investments Ltd., et directrice des opérations cubaines
- M. Carlos Fernandez de Cossio, ancien ambassadeur de Cuba au Canada
- M^{me} Liza Alfonso, Ballet Liza Alfonso
- M. Juan Carlos Coello, directeur, Escuela de Ballet Liza Alfonso
- M. Nicolass Hernandez Guillen, directeur de la Guillen Foundation
- M. Jose Luis Rodriguez, ministre de l'Économie et de la Planification
- M. Tomás Benitez, premier sous-ministre, ministère de l'Industrie de base
- M^{me} Vivian García Fonseca, directrice de la Division du commerce nord-américain, ministère du Commerce avec l'étranger

Le mardi 15 janvier 2008

Centre psychopédagogique médical *La Castellana*

- M^{me} Marisleidis Perdomo, directrice
- D^r Alén Rojas, directeur provincial
- M. Roberto Novoa, superviseur, atelier protégé
- M^{me} Carmen Viera, superviseuse des activités récréatives

Visite du centre, rencontre des étudiants, présentation musicale et sportive par les étudiants

Hôpital pédiatrique Angel Arturo Aballi

- D^r Rogelio Gonzalez Sánchez, directeur
- D^{re} Laura Margarita Sánchez, directrice, pavillon des enfants
- D^r Arnaldo Izquisdo, directeur, service d'urgence
- D^r Jésus Rabusa, directeur, CAT scan

Visite de l'hôpital

Ministère de l'Éducation

- D^{re} Ana Maria Siverio, directrice du Centre d'aiguillage, éducation préscolaire
- M^{me} Irene Rivera Ferreiro, directrice de l'éducation préscolaire

Programme des Nations Unies pour le développement

- M^{me} Susan McDade, coordonnatrice résidente et représentante

Programme mondial d'alimentation

- M^{me} Myrta Kaulard, directrice pour le pays

Le mercredi 16 janvier 2008

Ministère de l'Éducation

- M. Rolando Ferreiro, vice-ministre
- D^{re} Maria Antonia Torres, directrice de la santé

École primaire Nicolas Estebanez

- M. Wilbert Ladson de Guerara, directeur
- M. Mario Mesa, directeur de la méthodologie
- M^{me} Estevina Cuervo, chef du premier groupe
- M^{lle} Carolina Maniello, chef de l'organisation des élèves

Visite de l'école et présentation par les élèves

École pour enfants autistiques Edora Alonso

- M^{me} Imilla Cecilia Campo Valdés, directrice

Société de santé de Cuba

- D^{re} Mayra Ojeda del Valle, directrice adjointe, documents et enquêtes

Centre de génétique médicale

- D^{re} Beatriz Marcheco, directrice
- D^{re} Maria Cecilia Pérez

Ministère des Affaires étrangères

- M^{me} Yiliam Jimenez Expósito, sous-ministre
- M^{me} Josefina Vidal, directrice, Division de l'Amérique du Nord

Le jeudi 17 janvier 2008

Centre de soins médicaux des enfants de Tchernobyl

- M. Esteban Rosales, administrateur
- D^{re} Esther Arostequi, directrice adjointe
- D^r Maité Olivra

Visite du centre et présentation par les étudiants

Centre de neuroscience

- D^r Mitchell Valdes, directeur
- D^r Pedro Valdes, directeur adjoint

Assemblée nationale du pouvoir populaire, Commission de la santé et des sports

- D^{re} Pura Aviles, présidente adjointe
- D^{re} Danai Saavedra, membre
- D^{re} Tania Gonzalez, membre

Clinique d'accouchement Leonar Perez Cabera

- D^{re} Evangelina Romero Fernández, directrice
- Lic. Ejezahel Rojas, directrice adjointe

Visite de la clinique

Dîner donné par l'ambassadeur Jean-Pierre Juneau

- M. Luis Ignacio Gómez, ministre de l'Éducation
- D^r Felipe Cárdenas (cardiologue pédiatrique)
- M^{me} Susan McDade, coordonnatrice résidente, Programme des Nations Unies pour le développement
- M. Fernando Remírez de Estenoz, chef des relations internationales, Comité central du Parti communiste de Cuba
- D^r Jorge Gonzalez Pérez, président de la Commission de la santé et des sports, Assemblée nationale du pouvoir populaire
- M^{me} Ettianet Díaz Estrabao, agente des relations internationales, bureau du Canada, Ligue des jeunes communistes
- M. Jorge Mario Sánchez, Centre d'étude des États-Unis, Université de La Havane
- M^{me} José María Rubiera, vice-présidente, Groupe d'amitié parlementaire Cuba-Canada
- M^{me} Georgina Chabu, Division de l'Amérique du Nord, Parti communiste de Cuba

- M^{me} Josefina Vidal, directrice, Division de l'Amérique du Nord, ministère des Affaires étrangères
- M^{me} María de la Luz B'Hamel, directrice, politique commerciale, ministère du Commerce international
- M. Carlos Alzugaray, Centre d'étude des États-Unis, Université de La Havane, et ancien consul général à Montréal
- M. Carlos Fernández de Cossío, spécialiste, Division de l'Amérique latine et des Caraïbes, ministère des Affaires étrangères, ancien ambassadeur de Cuba au Canada
- D^{re} Mayra Ojeda del Valle, directrice adjointe, documents et enquêtes, Société de santé de Cuba
- M. Raul Rodríguez, Centre d'étude des États-Unis, Université de La Havane
- M^{me} Beatriz Díaz, Centre d'études canadiennes, Université de La Havane
- M^{me} Mairas Concepción Godoy, spécialiste en éducation de la petite enfance, Groupe d'amitié Cuba-Canada

Le vendredi 18 janvier 2008

Circulo Infantil Rayito de Sol

- M^{me} Juana de los Ríos, directrice

Visite de la garderie et rencontre des enfants

Educa a tu Hijo Rayito de Sol

- M^{me} María Julia García, promotrice du programme

Visite du centre et présentation par les enfants

Polyclinique Noelio Capote

- D^{re} Tania Padra, directrice
- M. Cesar Rubio, maire

Visite de la polyclinique

UNESCO

- M. Herman van Hooff, directeur du bureau régional de l'UNESCO pour la culture en Amérique latine et dans les Caraïbes
- M. Miguel Llivina Lavigne, agent de programme national et chef du secteur de l'éducation

Organisation panaméricaine de la santé, bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé

- D^{re} Lea Guido López, représentante permanente
- M. José Gomez Lorenzo, consultant

Dîner donné par le président de l'Assemblée nationale du pouvoir populaire

- M. Ricardo Alarcón de Quesada, président, Assemblée nationale du pouvoir populaire
- M. Miguel Alvarez, adjoint du président

- D^r Jorge Gonzalez Pérez, président, Commission de la santé et des sports, Assemblée nationale du pouvoir populaire
- D^{re} Diana Martinez, vice-présidente, Commission de la santé et des sports, Assemblée nationale du pouvoir populaire
- M. Luis Ignacio Gómez, ministre de l'Éducation
- M^{me} Josefina Vidal, directrice, Division de l'Amérique du Nord, ministère des Affaires étrangères
- D^{re} Mayra Ojeda del Valle, directrice adjointe, documents et enquêtes, Société de santé de Cuba

ANNEXE 2 – LISTE DES TÉMOINS

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
39^e législation 1^e session			
Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé	L'honorable Monique Bégin, P.C., commissaire	22-02-2007	1
Institut de recherche sur la santé des populations	Ronald Labonté, chaire de recherche du Canada sur la mondialisation contemporaine et l'égalité en matière de santé	28-02-2007	1
Provincial Health Services Authority, B.C.	Dr. John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies	28-02-2007	1
School of Health Policy and Management - Université York	Dennis Raphael, Professor	28-02-2007	1
Agence de santé publique du Canada	Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques, Direction générales des politiques stratégiques, des communications et des services généraux	21-03-2007	2
Kunin-Lunenfield Applied Research Centre	Sholom Glouberman, scientifique associé	21-03-2007	2
Agence de santé publique du Canada	Maura Ricketts, directrice générale par intérim, Bureau de la pratique en santé publique, Pratique en santé publique et opérations régionales	21-03-2007	2
Agence de santé publique du Canada	Dr. Sylvie Stachenko, administrateur en chef adjoint de la santé publique, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladie chroniques	21-03-2007	2

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
Statistique Canada	Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement	21-03-2007	2
Institut de la santé publique et des populations	Dr John Frank, directeur scientifique, Instituts de recherche en santé du Canada	28-03-2007	2
Santé et politiques sociales dans le monde	Dr. Jody Heymann, chaire de recherche du Canada sur la santé et les politiques sociales dans le monde	28-03-2007	3
Université McGill	Dr. John Lynch, chaire de recherche du Canada en santé des populations	28-03-2007	3
Agence de santé publique du Canada	Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques	25-04-2007	3
Affaires indiennes et du Nord Canada	Marc Brooks, directeur général, Direction générale du développement communautaire, secteur des politiques socio-économiques et opérations régionales	25-04-2007	3
Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université du Manitoba	John O'Neil, professeur et directeur	25-04-2007	3
Santé Canada	Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits	25-04-2007	3
Institut de la santé des Autochtones (ISA) pour l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC	Dr Jeff Reading, directeur scientifique	25-04-2007	3
Faculté de recherche/Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit	Sylvia Abonyi, chaire de recherche pour la santé des Autochtones au Canada	02-05-2007	3

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)	Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications	02-05-2007	3
Université de la Colombie-Britannique - Département de psychologie	Dr Michael J. Chandler, professeur à l'Université de la Colombie-Britannique et chercheur émérite des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé	02-05-2007	3
Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)	Carole L. Lafontaine, directrice générale intérimaire	02-05-2007	3
Université de Toronto	Dr Kue Young, professeur, département des services de santé publique	02-05-2007	3
Observatoire Vieillessement et Société (OVS)	Dr André Davignon, fondateur	16-05-2007	4
Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse	Valerie J. White, directrice exécutive, secrétariat des aînés	16-05-2007	4
Agence de santé publique du Canada - Division du vieillissement des aînés	Margaret Gillis, directrice	16-05-2007	4
Association canadienne de gérontologie	Mark Rosenberg, professeur à l'Université Queen's	16-05-2007	4
The CHILD Project	Dr Hillel Goelman, directeur, Senior Scholar, Human Early Learning Partnership (HELP)	30-05-2007	4
Instituts de recherche en santé du Canada	Dr Michael Kramer, directeur scientifique, Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents	30-05-2007	4
Council of Early Child Development	Stuart Shankar, professeur, président	30-05-2007	4

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
Manitoba Métis Foundation	Dre Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba	31-05-2007	4
Ralliement national des Métis	David Chartrand, ministre de la Santé	31-05-2007	4
Ralliement national des Métis	Marc LeClair, conseiller national du ministre de la Santé	31-05-2007	4
Ralliement national des Métis	Rosemarie McPherson, porte-parole national des femmes de la Nation métisse	31-05-2007	4
Ministère de la Santé de C.B.	Dr Evan Adams, médecin-conseil en santé autochtone, Bureau du médecin-hygiéniste en chef	01-06-2007	5
Manitoba Métis Foundation	Dre Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba	01-06-2007	5
Institut de la santé des Autochtones	Laura Commanda, directrice adjointe, Partenariats, applications des connaissances et des relations internationales	01-06-2007	5
Pauktuutit Inuit Women of Canada	Jennifer Dickson, directrice générale	01-06-2007	5
Association des femmes autochtones du Canada	Claudette Dumont-Smith, conseillère principale en santé	01-06-2007	5
Indigenous People's Health Research Centre	Willie Ermine, professeur, auteur- éthicien	01-06-2007	5
Inuit Tapiriit Kanatami	Anna Fowler, coordonnatrice de projets, ministère de la Santé	01-06-2007	5
Association nationale des centres d'amitié	Alfred J. Guay, analyste des politiques	01-06-2007	5

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
Assemblée des Premières Nations	Valerie Gideon, directrice de la Santé et du Développement social	01-06-2007	5
Université de l'Alberta	Malcom King, professeur, Faculté de médecine	01-06-2007	5
Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada	Julie Lys, directrice, Région des Territoires du Nord-Ouest	01-06-2007	5
Université de Toronto	Chandrakant P. Shah, professeur émérite	01-06-2007	5
Congrès des Peuples Autochtones	Erin Wolski, coordonnatrice des programmes de politique sanitaire	01-06-2007	5
39^e législation 2^e session			
Ministère de la Santé et des Affaires sociales	Irene Nilsson-Carlsson, directeur général adjoint, Division de la santé publique	22-11-2007	1
Institut national de santé publique de Suède	Dr. Gunnar Agren, directeur général	22-11-2007	1
Inst. Karolinska, Dépt. des services de santé publique	Dr. Piroska Ostlin, chercheur principal	22-11-2007	1
Institut national de santé publique de Suède	Bernt Lundgren	22-11-2007	1
The Quaich Inc.	Patsy Beattie-Huggan, présidente	30-11-2007	1
L'université McMaster	John Eyles, prof., École de géographie et des sciences de la Terre	30-11-2007	1
Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard	Teresa Hennebery, sous-ministre adjointe, Secteur opérationnel	30-11-2007	1
Groupe d'étude sur les politiques et la santé	France Gagnon, professeure et co-directrice	05-12-2007	2
Université de Montréal	Nicole Bernier, PhD, chercheure-adjointe	05-12-2007	2

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
Ministère de la santé du Royaume-Uni	Dr. Fiona Adshead, directrice générale, amélioration de la santé	11-12-2007	2
Autorité sanitaire du district intérieur de la C.B.	Lex Baas, directeur de la santé des populations	12-12-2007	2
Université de la Colombie-Britannique	James Frankish, professeur et directeur	12-12-2007	2
Le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario	Pegeen Walsh, directrice, Prévention des maladies chroniques	06-02-2008	3
Réseau d'intégration des services de santé de Toronto	Laura Pisko-Bezruchko, directrice principale de la planification	06-02-2008	3
l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa	Dr. Andrew Pipe, directeur médical, Centre de prévention et réadaptation	06-02-2008	3
L'Institut canadien d'information sur la santé	Glenda Yeates, présidente-directrice générale	13-02-2008	3
L'Institut canadien d'information sur la santé	Keith Denny, gérant a l'intérim	13-02-2008	3
L'université de Manitoba	Noralou Roos, professeur, faculté de médecine	13-02-2008	3

Wednesday, February 27, 2008

Public Health Agency of Canada:

Jim Ball, Director General, Strategic Initiatives and Innovations.

Treasury Board of Canada:

Sally Thornton, Indian Affairs and Health.

Finance Canada:

Yves Giroux, Acting Director, Social Policy.

Le mercredi 27 février 2008

Agence de santé publique du Canada:

Jim Ball, directeur général, Direction des initiatives stratégiques et de l'innovation.

Conseil du Trésor du Canada:

Sally Thornton, Affaires indiennes et santé.

Finances Canada:

Yves Giroux, directeur intérimaire, Politique sociale.



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, February 6, 2008

Ontario Ministry of Health Promotion:

Pegeen Walsh, Director, Chronic Disease Prevention.

Toronto Central Local Health Integration Network:

Laura Pisko-Bezruchko, Senior Director, Planning.

University of Ottawa Heart Institute:

Dr. Andrew Pipe, Medical Director, Prevention and Rehabilitation Centre.

Wednesday, February 13, 2008

Canadian Institute for Health Information (CIHI):

Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer;

Keith Denny, Acting Manager.

University of Manitoba:

Noralou Roos, Professor, Faculty of Medicine.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mercredi 6 février 2008

Ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario:

Pegeen Walsh, directrice, Prévention des maladies chroniques.

Réseau d'intégration des services de santé de Toronto:

Laura Pisko-Bezruchko, directrice principale de la planification.

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa:

Dr Andrew Pipe, directeur médical, Centre de prévention et réadaptation.

Le mercredi 13 février 2008

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS):

Glenda Yeates, présidente-directrice générale.

Keith Denny, gestionnaire intérimaire.

Université du Manitoba:

Noralou Roos, professeure, Faculté de médecine.

(Suite à la page précédente)