Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007-08

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

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

Proceedings of the Subcommittee on

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

Délibérations du Sous-comité sur la

Population Health

Santé des populations

Chair:
The Honourable WILBERT J. KEON

Président :
L'honorable WILBERT J. KEON

Wednesday, April 2, 2008
Wednesday, April 9, 2008
Friday, April 18, 2008

Le mercredi 2 avril, 2008
Le mercredi 9 avril 2008
Le mercredi 18 avril 2008

Issue No. 4

Twelfth, thirteenth and fourteenth 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

Fascicule n°4

Douzième, treizième et quatorzième réunions concernant :
Les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé

INCLUDING:
THE THIRD REPORT OF THE SUBCOMMITTEE
(Population Health Policy: Federal, Provincial, and Territorial Perspectives)
(Ninth Report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology)

Y COMPRIS :
LE TROISIÈME RAPPORT DU SOUS-COMITÉ
(Politiques sur la santé de la population : Perspective fédéral, provinciale et territoriale)
(Le neuvième rapport du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la techonolgie)

WITNESSES:
(*See back cover*)

TÉMOINS :
(*Voir à l'endos*)

45277-45299-45334

THE SUBCOMMITTEE ON
POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Brown
Callbeck
Cochrane
Cook
Fairbairn, P.C.

(Quorum 3)

LE SOUS-COMITÉ SUR
LA SANTÉ DES POPULATIONS

Président : L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-présidente : L'honorable Lucie Pépin

et

Les honorables sénateurs :

Brown
Callbeck
Cochrane
Cook
Fairbairn, C.P.

(Quorum 3)

Published by the Senate of Canada

Available from: Public Works and Government Services Canada
Publishing and Depository Services, Ottawa, Ontario K1A 0S5

Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

Publié par le Sénat du Canada

Disponible auprès des: Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt, Ottawa (Ontario) K1A 0S5

Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, April 2, 2007
(12)

[*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 subcommittee present: The Honourable Senators Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C. and Keon (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 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1*)

WITNESSES:

McMaster University:

Dr. Salim Yusuf, Professor, Department of Medicine.

Dr. Yusuf made a statement and responded to questions.

At 5:06 p.m., the committee suspended.

At 5:11 p.m., the committee resumed.

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

At 5:44 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, April 9, 2008
(13)

[*English*]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:15 p.m., in Room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

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

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

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 2 avril 2007
(12)

[*Traduction*]

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

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Brown, Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., et Keon (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 20 novembre 2007 et délégué le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité poursuit son étude des déterminants sociaux de la santé. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Université McMaster :

Dr Salim Yusuf, professeur, Département de médecine.

Le Dr Yusuf fait une déclaration et répond aux questions.

À 17 h 6, le comité suspend ses travaux.

À 17 h 11, le comité reprend ses travaux.

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

À 17 h 44, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 9 avril 2008
(13)

[*Traduction*]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 15, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

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

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

In attendance: Michael Toye, Analyst, 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 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1*)

WITNESSES:

McMaster University:

Dr. Sonia Anand, Associate Professor, Department of Medicine.

Queen's University:

Karen Hitchcock, Principal and Vice-Chancellor.

Kristan Aronson, Professor of Epidemiology.

Dr. Anand made a statement and responded to questions.

Ms. Hitchcock made a statement and, with Mr. Aronson, responded to questions.

At 17:54 p.m., the committee suspended.

At 17:55 p.m., the committee resumed.

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

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee considered the budget for this study.

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

Summary of Expenditures:

Professional and Other Services	$ 69,510
Transportation and Communications	215,811
All Other Services	5,800
TOTAL:	**$ 291,121**

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

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

ATTEST:

Également présent : Michael Toye, analyste, 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 et délégué le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité poursuit son étude des déterminants sociaux de la santé. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Université McMaster :

Dre Sonia Anand, professeure agrégée, Département de médecine.

Université Queen's :

Karen Hitchcock, directrice et vice-chancelière.

Kristan Aronson, professeur d'épidémiologie.

La Dre Anand fait une déclaration et répond aux questions.

Mme Hitchcock fait une déclaration et, de concert avec M. Aronson, répond aux questions.

À 17 h 54, le comité suspend ses travaux.

À 17 h 55, le comité reprend ses travaux.

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

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 et délégué le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité examine le budget pour cette étude.

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

Sommaire des dépenses

Services professionnels et autres	69 510 $
Transports et communications	215 811
Autres dépenses	5 800
TOTAL	**291 121 $**

La motion, mise aux voix, est adoptée.

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

ATTESTÉ :

OTTAWA, Friday, April 18, 2008
(14)

[*English*]

The Subcommittee on Population Health met this day at 9 a.m., in room 160-S, Centre Block, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

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

Other senators present: The Honourable Senators Eggleton, P.C. and Segal (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 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1*)

WITNESSES:

World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health:

The Honourable Monique Bégin, P.C., Commissioner.

McMaster University:

Gina Browne, Professor of Nursing and Clinical Epidemiology.

Public Health Agency of Canada:

Dr. David Butler-Jones, Chief Public Health Officer.

Institute for Research on Public Policy:

Mel Cappe, President.

As individuals:

Laura Corbett, Consultant;

David Dodge, Former Governor of the Bank of Canada;

Beverly Nickoloff, Consultant;

John Wright, Former Deputy Minister of Finance and Health, Saskatchewan.

Access Consulting:

Steven Lewis, Consultant.

Canadian Public Health Association:

Debra Lynkowski, Chief Executive Officer.

OTTAWA, le vendredi 18 avril 2008
(14)

[*Traduction*]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans la pièce 160-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

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

Autres sénateurs présents : Les honorables sénateurs Eggleton, C.P. et Segal (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 et délégué le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité poursuit son étude des déterminants sociaux de la santé. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n^o^ 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé :

L'honorable Monique Bégin, C.P., commissaire.

Université McMaster :

Gina Browne, professeure en sciences infirmières et épidémiologie clinique.

Agence de la santé publique du Canada :

Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique du Canada.

Institut de recherche en politiques publiques :

Mel Cappe, président.

À titre personnel :

Laura Corbett, consultante;

David Dodge, ancien gouverneur de la Banque du Canada;

Beverly Nickoloff, consultante;

John Wright, ancien sous-ministre, ministère des Finances et ministère de la Santé, Saskatchewan.

Access Consulting :

Steven Lewis, consultant.

Association canadienne de santé publique :

Debra Lynkowski, directrice générale.

Conference Board of Canada:

Diana MacKay, Associate Director, Education and Learning.

Canadian Policy Research Networks:

Sharon Manson Singer, President.

Dalhousie University:

Lars Osberg, Department of Economics.

University of Montreal:

Louise Potvin, Professor, Department of Social and Preventative Medicine.

Institute of Aboriginal People's Health for the Canadian Institutes of Health Research:

Dr. Jeff Reading, Scientific Director.

Canadian Medical Association:

William Tholl, Secretary General.

Canadian Centre for Policy Alternatives:

Armine Yalnizyan, Senior Economist.

Canadian Institute for Health Information (CIHI):

Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer.

The chair made a statement.

Mr. Lewis made a statement.

Ms. Yeates made a statement and responded to questions.

Ms. Potvin, the Honourable Monique Bégin P.C., Mr. Tholl, Mr. Cappe, Mr. Dodge, Mr. Osberg, Dr. Butler-Jones, Ms. Brown, Dr. Reading, and Ms. Manson Singer made statements.

At 10:16 a.m., the subcommittee suspended.

At 10:31 a.m., the subcommittee resumed.

Senator Segal made a statement.

The Honourable Monique Bégin P.C., Ms. Yalnizyan, Ms. Lynkowki, Ms. Potvin, Mr. Tholl, Mr. Cappe, Mr. Reading, Mr. Osberg, Mr. Dodge, Ms. Manson Singer and Mr. Wright made statements.

At 12:01 p.m., the subcommittee suspended.

At 12:58 p.m., the subcommittee resumed.

The Honourable Monique Bégin P.C. made a statement.

Senator Eggleton, P.C. made a statement.

Mr. Cappe, Ms. Lynkowski, Ms. MacKay, Mr. Dodge, Dr. Butler-Jones, Ms. Potvin, Ms. Manson Singer, Ms. Yalnizyan, Mr. Osberg and Dr. Reading made statements.

At 2:13 p.m., the subcommittee suspended.

At 2:29 p.m., the subcommittee resumed.

Mr. Lewis made a statement

Conference Board du Canada :

Diana MacKay, directrice associée, Éducation et apprentissage.

Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques :

Sharon Manson Singer, présidente.

Université Dalhousie :

Lars Osberg, Département d'économie.

Université de Montréal :

Louise Potvin, professeure, Département de médecine sociale et préventive.

Institut de la santé des Autochtones pour les Instituts de recherche en santé du Canada :

Dr Jeff Reading, directeur scientifique.

Association médicale canadienne :

William Tholl, secrétaire général.

Centre canadien de politiques alternatives :

Armine Yalnizyan, économiste principale.

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

Glenda Yeates, présidente-directrice générale.

Le président fait une déclaration.

M. Lewis fait une déclaration.

Mme Yeates fait une déclaration et répond aux questions.

Mme Potvin, l'honorable Monique Bégin, C.P., M. Tholl, M. Cappe, M. Dodge, M. Osberg, le Dr Butler-Jones, Mme Brown, le Dr Reading et Mme Manson Ringer font des déclarations.

À 10 h 16, le sous-comité suspend ses travaux.

À 10 h 31, le sous-comité reprend ses travaux.

Le sénateur Segal fait une déclaration.

L'honorable Monique Bégin, C.P., Mme Yalnizyan, Mme Lynkowski, Mme Potvin, M. Tholl, M. Cappe, le Dr Reading, M. Osberg, M. Dodge, Mme Manson Singer et M. Wright font une déclaration.

À 12 h 1, le sous-comité suspend ses travaux.

À 12 h 58, le sous-comité reprend ses travaux.

L'honorable Monique Bégin, C.P., fait une déclaration.

Le sénateur Eggleton, C.P., fait une déclaration.

M. Cappe, Mme Lynkowski, Mme MacKay, M. Dodge, le Dr Butler-Jones, Mme Potvin, Mme Manson Singer, Mme Yalnizyan, M. Osberg et le Dr Reading font une déclaration.

À 14 h 13, le sous-comité suspend ses travaux.

À 14 h 29, le sous-comité reprend ses travaux.

M. Lewis fait une déclaration.

The Honourable Monique Bégin P.C., Mr. Cappe, Dr. Reading, Mr. Dodge, Mr. Wright, Ms. Potvin, Ms. Yalnizyan, Mr. Osberg, Ms. Lynkowdki, Dr. Butler-Jones and Ms. Brown made statements.

Senator Keon made a concluding statement.

At 3:47 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

L'honorable Monique Bégin, C.P., M. Cappe, le Dr Reading, M. Dodge, M. Wright, Mme Potvin, Mme Yalnizyan, M. Osberg, Mme Lynkowski, le Dr Butler-Jones et Mme Brown font une déclaration.

Le sénateur Keon fait une déclaration finale.

À 15 h 47, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Barbara Reynolds

Clerk of the Subcommittee

REPORT OF THE COMMITTEE

Wednesday, April 2, 2008

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

NINTH 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 third interim report entitled *Population Health Policy: Federal, Provincial, and Territorial Perspectives*.

Respectfully submitted,

RAPPORT DU COMITÉ

Le mercredi 2 avril 2008

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

NEUVIÈME 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 troixième rapport intérimaire intitulé *Politiques sur la santé de la population : Perspective fédéral, provinciale et territoriale*.

Respectueusement soumis,

Le président,

WILBERT J. KEON

Chair

(*Text of the report appears following the evidence*)

(*Le texte du rapport paraît après les témoignages*)

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, April 2, 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 on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

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

[*English*]

The Chair: We are delighted to have with us this afternoon, Dr. Salim Yusuf, whom I have known for a very long time. He is a professor in the Department of Medicine and Director of the Population Health Research Institute at McMaster University. He holds a Heart and Stroke Foundation and Ontario Research Chair. He has been a senior scientist of the Canadian Institutes of Health Research and has received huge grant funding from Canadian granting bodies and from the National Institutes of Health in America. Before he moved to America, he was an outstanding scientist and scholar in England at Oxford University. He has a wonderful reputation, is a global authority and, in fact, is rather unique because in all the cardiovascular epidemiological studies, he has become the anchorman on a global basis. His publications have become a kind of bible in the field because they are referenced and cited regularly.

If I may say, he has been a dear friend of mine for a very long time, and I am delighted that he is here today. Dr. Yusuf, please proceed.

Dr. Salim Yusuf, Professor, Department of Medicine, McMaster University: Mr. Chair and respected senators, thank you for inviting me to come and share my thoughts with you. I will start with a little story. Last May, I was in Nairobi, Africa, with my wife, participating at the African congress of cardiology. While we were travelling by car from the airport to the hotel, I was taking photographs of people standing by the bus stop. My wife asked, "Why are you taking pictures of people at the bus stop?" I said, "Look, no obesity." We went into the meeting and found that the obesity in Africa was among the cardiologists. This is how chronic disease starts.

These diseases are first diseases of affluence. However, when I was in Washington, D.C., at a similar meeting at the National Institutes of Health, I took the red subway line from the Shady Grove stop in an affluent suburb of Montgomery County, Maryland, and did not see very much obesity. However, as the train left the affluent area and moved into Washington, D.C., I was able to plot the people becoming heavier. As it moved out of D.C. and back into Prince George's County, Maryland, on its way to Glenmont, I saw enormously fat people.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 2 avril 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie s'est réuni aujourd'hui à 16 h 6 pour étudier l'incidence des multiples facteurs qui influent sur la santé de la population canadienne, facteurs qu'on appelle aussi déterminants sociaux de la santé.

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

[*Traduction*]

Le président : Cet après-midi, nous avons le plaisir d'accueillir le Dr Salim Yusuf, que je connais depuis fort longtemps. Il est professeur au Département de médecine et directeur de l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université McMaster. Titulaire d'une chaire de recherche de la Fondation des maladies du coeur de l'Ontario, cet éminent chercheur des Instituts de recherche en santé du Canada a reçu d'importantes subventions d'organismes subventionnaires canadiens et des National Institutes of Health des États-Unis. Avant d'arriver en Amérique du Nord, le Dr Yusuf était un chercheur et un professeur éminent à l'Université d'Oxford, en Angleterre. Il jouit d'une excellente réputation, et fait figure d'autorité internationale en matière d'études épidémiologiques cardiovasculaires. Ses publications, qui sont référencées et citées régulièrement, constituent une véritable bible dans le domaine.

Puis-je ajouter que le Dr Yusuf et moi sommes amis depuis très longtemps, et que je suis très heureux de l'accueillir parmi nous aujourd'hui. Docteur Yusuf, vous avez la parole.

Dr Salim Yusuf, professeur, Département de médecine, Université McMaster : Monsieur le président, honorables sénateurs, je vous remercie de m'avoir invité à comparaître devant votre comité. Avant de commencer mon exposé, je vais vous raconter une petite anecdote. En mai dernier, je me trouvais à Nairobi, en Afrique, avec ma femme, pour participer au Congrès africain de cardiologie. Dans la voiture qui nous conduisait de l'aéroport à l'hôtel, ma femme me demanda pourquoi je photographiais des gens qui attendaient à un arrêt d'autobus. Je lui fis remarquer qu'aucune de ces personnes n'était obèse. Par contre, lorsque nous sommes arrivés dans la salle du congrès, nous avons constaté que l'obésité en Afrique touchait particulièrement les cardiologues. C'est ainsi que les maladies chroniques commencent.

Ce sont avant tout des maladies de riches. Certes, lorsque je me trouvais à Washington, D.C., pour le même genre de conférence aux National Institutes of Health, et que j'ai pris le métro à Shady Grove, une banlieue huppée du Montgomery County, dans le Maryland, je n'ai pas vu beaucoup de personnes obèses. Par contre, au fur et à mesure que le métro s'éloignait de la banlieue huppée et approchait de Washington, j'ai constaté que les passagers étaient plus enrobés. Et quand nous avons quitté le District de Colombia pour retourner dans le Maryland, mais cette fois dans le Prince George's County, à destination de Glenmont, j'ai vu des personnes carrément énormes.

Do not tell me that the genes of the people who live in Prince George's County are different from the genes of the people who live in Montgomery County and that the train brings those seeds of obesity as it moves from one county to another. Most impressive was that it was not lone individuals who were obese but rather masses of people.

Obesity is rare in individuals in societies that have, on average, lower weights and is common in societies that are heavier. Canada did not have much obesity in the 1950s and 1960s, even after accounting for the immigrant pool. The gene pool has not changed that much to be able to say that obesity in Canada is due to a changing gene pool. This brings me to an important point.

Most of the diseases of chronic illnesses of middle age and old age — lifestyle diseases — are diseases of populations and not diseases of individuals. This was well-described in the 1950s. We do not have unhealthy people living in a healthy population, but we do have people who are unhealthy because they live in unhealthy environments and the population as a whole has shifted.

We can study populations in rural India where the rate of obesity is under 1 per cent and the rate of diabetes is under .5 per cent. When that same population moves to the cities, it becomes obese. Their rates of diabetes rise to 30 per cent. This is important because the Canadian health care system is not a health care system. It is a disease management system; and we have misunderstood the two. The disease management system is important. We have a fine disease management system. Having worked in four countries, I can say that I am proud of it. I roundly defend our system against that of the Americans. It is a bit harder against the British, but I would still defend it.

Take another condition such as high blood pressure. We have many treatments, at least five drugs that can lower blood pressure. We know that lowering blood pressure will prevent strokes, heart attacks, heart failure and will make people live longer; yet, in Canada, only 20 per cent of people with hypertension have their blood pressures controlled. That is miserable.

The first response is to get more doctors out with blood pressure cuffs and prescription pads to check everyone and get them on medication. That will work, but it will be enormously expensive. Such treatment of hypertension would bust our national budget. The approach would have to be to try to prevent hypertension. If we do one or two simple things that affect the population as a whole, not only will it reduce the rates of hypertension by half, two thirds or even three quarters in middle age, it will also do so even in children. In societies where the adults are obese, we know that the children are obese. Where adults have hypertension, children, on average, have higher blood pressures.

Ne me dites pas que les gènes des habitants du Prince George's County sont différents de ceux des habitants du Montgomery County, et que le métro emporte avec lui les germes de l'obésité quand il passe d'un comté à l'autre. Et le plus surprenant, c'était que l'obésité était la caractéristique non pas d'individus isolés mais plutôt de véritables cohortes.

L'obésité est rare chez les individus appartenant à des sociétés où la charge pondérale moyenne est relativement plus faible, mais elle est fréquente dans les sociétés où la charge pondérale moyenne est plus élevée. Il n'y avait guère d'obésité au Canada dans les années 50 et 60, même si l'on tient compte des vagues d'immigrants. Depuis, le bassin de gènes n'a pas changé au point que l'on puisse prétendre que l'obésité au Canada est une conséquence de l'immigration. Cela m'amène à un point important.

La plupart des maladies chroniques de l'âge adulte et de la vieillesse — qui sont causées par le mode de vie — sont des maladies qui frappent des populations et non des individus. Ce phénomène fut bien documenté dans les années 50. Il ne faut pas dire qu'il y a des gens en mauvaise santé dans une population en bonne santé, mais plutôt que des gens sont en mauvaise santé parce qu'ils habitent dans un environnement insalubre et que c'est la santé de la population en général qui a changé.

Prenons le cas d'une population en Inde rurale dont le taux d'obésité est inférieur à 1 p. 100 et le taux de diabète, à 0,5 p. 100. Lorsque cette même population émigre vers la ville, elle devient obèse. Son taux de diabète passe à 30 p. 100. C'est important de le dire parce que le système de santé au Canada n'est pas un système de soins mais un système de gestion de la maladie, et nous avons tendance à confondre les deux. Le système de gestion de la maladie est important, et le nôtre marche bien. Moi qui ai travaillé dans quatre pays différents, je peux vous dire que je suis fier de notre système canadien. Je le trouve nettement supérieur au système américain, et même au système britannique, quoique dans une moindre mesure.

Prenons un autre exemple, celui de l'hypertension. Nous avons beaucoup de traitements et au moins cinq médicaments pour soigner cette maladie. Nous savons qu'en abaissant la tension artérielle, nous pouvons prévenir les accidents cardiovasculaires et les crises cardiaques, et prolonger la vie du malade. Et pourtant, au Canada, seulement 20 p. 100 des gens qui souffrent d'hypertension se soignent. C'est lamentable.

Pour y remédier, on pourrait envoyer des médecins, munis d'un brassard de tensiomètre, vérifier la tension de la population et prescrire à ceux qui en ont besoin les médicaments nécessaires. Cela serait efficace mais coûterait très cher et ferait exploser notre budget national. La seule solution est de prévenir l'hypertension. En faisant une ou deux choses toutes simples pour l'ensemble de la population, nous réussirons non seulement à réduire le taux d'hypertension de moitié, de deux-tiers et même de trois-quarts non seulement chez les adultes, mais aussi chez les enfants. Nous savons que, dans les sociétés où les adultes sont obèses, les enfants le sont aussi; et que dans les sociétés où les adultes font de l'hypertension, les enfants en font aussi.

I am trying to point out two things: Most chronic diseases, such as diabetes, obesity, heart disease and strokes, are diseases of populations, with the origins in childhood; and the causes of the determinants of these are societal. There are fundamentally three causes; the first is tobacco. We are doing a lot in this country to control tobacco concerning heart attacks and strokes, but we should do more. Most of us think that we know enough about tobacco to control it, and then it will take care of itself. That is not the case. In the last century, 100 million people died from tobacco-related causes. In this century, 1 billion people will die from tobacco-related causes unless we do something much more aggressive about it. Canada is enlightened in that it has one of the most advanced mechanisms of tobacco control, which we need to continue to work on. In 20 to 30 years, tobacco control in Canada will be a model around the world.

We need to control obesity and salt. Obesity is not because individuals decide to do the wrong things. It is because individuals decide to do the right thing. If I put food in front of most of you and you eat, that is a normal response. However, if I put lots of tasty food before you and tell you not to eat, that is an abnormal response. The way we try to deal with obesity in this country is to put this sea of plenty before people and tell them, do not eat. We are trying to take normal human behaviour and change it because our environment is abnormal. The right thing to do is to change the environment so that the normal responses come into play. Challenge people with less of the wrong kinds of food, and then people cannot eat the wrong kinds of food. If the schools were to serve the right kinds of foods, then the kids could not eat the wrong kinds of foods.

If I leave 15 minutes late for work in the morning, I get stuck behind a certain school bus. There are parents outside each home for about two kilometres along bringing their children out and putting them on the bus. It is a wonderful sight, but it makes you wonder why the children do not walk 100 yards and gather together to get on the school bus.

Our cities are structured to be obeseogenic and our systems have been structured to be obeseogenic. I am sure this building has staircases but they are called fire exits. They are unattractive and are put away in a corner. The designs of buildings promote inactivity. We are building a new research facility, and I said that it has to be an anti-obesity building. It will be only six floors high and the central piece is a beautiful staircase. We have elevators but they will be tucked away in the corner. We will put up a sign at the staircases that says: This is good for your health — free gym. At the elevators, the sign will say: If you are healthy, this is injurious to your health. We will see whether it will work.

Je veux vous démontrer deux choses : premièrement, que la plupart des maladies chroniques comme le diabète, l'obésité et les maladies cardiovasculaires sont des maladies qui frappent des populations, et que leur origine remonte à l'enfance; et deuxièmement, que les causes fondamentales de ces maladies sont d'ordre sociétal. Ces causes sont au nombre de trois, la première étant le tabagisme. Au Canada, nous avons pris de nombreuses mesures pour réduire le tabagisme et son incidence sur les crises cardiaques et les accidents vasculaires, mais ce n'est pas suffisant. Nous avons tendance à penser que nous en savons assez sur la question, et que le problème va se régler tout seul. Ce n'est pas le cas. Au cours du XX^{e} siècle, 100 millions de personnes sont mortes de maladies dérivées du tabagisme. Au cours du XXI^{e} siècle, un milliard de personnes mourront de ces mêmes causes si nous ne prenons pas de mesures plus radicales. Le Canada a su se doter de l'un des systèmes les plus avancés en matière de lutte contre le tabagisme, mais il ne doit pas s'arrêter là. D'ici 20 à 30 ans, notre système sera un modèle pour le monde entier.

Nous devons lutter contre l'obésité et la consommation de sel. L'obésité est la conséquence non pas d'un comportement répréhensible, mais plutôt d'un geste tout à fait naturel : si je vous propose de la nourriture et que vous la mangez, vous avez une réaction tout à fait normale. Si, par contre, je vous mets de grandes quantités de nourriture appétissante sous les yeux en vous disant de ne pas y toucher, je déclenche une réaction anormale. C'est pourtant ce que nous faisons ici, au Canada : nous essayons de lutter contre l'obésité en offrant aux gens une nourriture abondante et variée tout en leur disant de ne pas y toucher. En d'autres termes, nous essayons de modifier un comportement humain tout à fait normal pour l'adapter à un environnement qui, lui, est anormal, alors que nous devrions plutôt modifier l'environnement pour déclencher des réactions normales chez les individus. Cessons d'offrir aux gens de mauvais aliments, et ils cesseront de les consommer. Si les écoles offraient de bons aliments, les enfants ne pourraient plus consommer de mauvais aliments.

Lorsque je pars au travail le matin, 15 minutes plus tard que d'habitude, je me retrouve derrière un autobus scolaire. Sur deux kilomètres, je vois des parents devant leur maison qui attendent le bus avec leurs enfants. C'est émouvant à voir, mais je ne peux m'empêcher de me demander pourquoi les enfants ne peuvent pas faire 100 mètres à pied afin de se rassembler avant de monter dans le bus.

Nos villes et nos systèmes sont obésogènes, c'est-à-dire qu'ils sont conçus de manière à engendrer l'obésité. L'immeuble où nous nous trouvons a certainement des escaliers, mais on les appelle des sorties de secours, qui sont souvent aménagées dans des recoins isolés et peu attrayants. L'architecture même des immeubles encourage la sédentarité. Nous sommes en train de construire un nouveau centre de recherche, et j'ai demandé que ce soit un centre anti-obésité. Il n'aura que six étages, qui seront desservis par un magnifique escalier central. Il y aura des ascenseurs, mais ce sont eux qui seront aménagés dans un recoin isolé. Nous mettrons des panneaux dans l'escalier, pour

In some sense, I might be joking, but I am serious. We cannot have a healthy society if our policies are not health-conscious and health-oriented. The Government of Canada has a bigger opportunity to do something here than all the doctors together in this country. As someone said, health is too important to leave it to doctors. Despite being a doctor in health research and in practice for 30 years, reluctantly, I tend to agree with that comment.

A few years back, the Soviet Bloc had a tremendous revolution that led to the fall of communism. In the midst of that, Poland was an interesting case study. When the communist government fell, they had very little money. There was chaos but, in the midst of it, they removed the subsidies on animal products on farms. As a result, people were growing vegetables in their backyards because that is all they could afford. Over a two-year period, there was a 20 per cent reduction in heart attack deaths and strokes in the entire country. This is like saying that, in all of Canada, we will control high blood pressure. It is as big an effect as that.

Why did that happen? It happened because the dairy consumption declined by 50 per cent and the vegetable and fruit consumption increased by 80 per cent. It was all a matter of affordability. Therefore, if a country such as Poland could do it inadvertently, Canada could do it. With the right policies and considerable resources, both in money and human brain power, we could do it if the will was there and improve the health of the nation.

I want to leave you with a final thought. I have not given you specifics; I just want you to have a feel for the issue. The problem of chronic disease will only get worse in Canada.

The best way to improve survival after a heart attack is not to have a heart attack. The best way to reduce disability after a stroke is not to have a stroke. The best way to avoid people being frail and cognitively impaired in old age is to avoid the progression of conditions that lead to it.

A whole new concept is emerging. I see that the future of people in cardiology is not in doing what we currently do, but in preventing cognitive decline by improving the health of people so that they are less frail and more independent. Healthy aging is dependent on healthy populations. Populations that are healthier on average have less disability.

There is a concept called compression of morbidity. Fifty years ago, four out of five people in Britain would die before the age of 70. Today, we have the theoretical promise that four out of five

indiquer que c'est de la gymnastique gratuite... et que c'est bon pour la santé. Dans les ascenseurs, nous mettrons des panneaux disant : « Si vous êtes bien portant, l'ascenseur est nuisible à votre santé ».

Je plaisante peut-être un peu, mais je suis très sérieux. Nous ne pouvons pas avoir une société en bonne santé si nos politiques ne sont pas axées sur la protection et la promotion de la santé. Le gouvernement du Canada, à lui seul, peut faire davantage dans ce domaine que tous les médecins du pays réunis. On dit que la santé est une chose trop importante pour être laissée aux médecins. Même si j'exerce la médecine et que je fais de la recherche dans ce domaine depuis 30 ans, je reconnais, un peu à mon corps défendant, que c'est bien vrai.

Il y a quelques années, le Bloc soviétique a été secoué par une formidable révolution qui a mené à la chute du communisme. À la même époque, la Pologne a vécu une expérience qui en fait une étude de cas intéressante. Lorsque le gouvernement communiste fut renversé, le pays avait très peu d'argent. Au milieu du chaos, le gouvernement décida de supprimer les subventions aux paysans pour les produits animaux. Résultat : les gens se mirent à cultiver des légumes dans leur cour car les prix devenaient inabordables. Deux ans plus tard, on enregistra dans tout le pays une réduction de 20 p. 100 des décès causés par des crises cardiaques et des accidents cardiovasculaires. L'effet est aussi important que si nous disions, au Canada, que nous allons éradiquer l'hypertension dans tout le pays.

Pourquoi cela s'est-il produit? Parce que la consommation de produits laitiers a diminué de 50 p. 100 et que celle des légumes et des fruits a augmenté de 80 p. 100. C'était donc purement une question de moyens financiers. Et si un pays comme la Pologne l'a fait sans vraiment le vouloir, le Canada peut certainement le faire. Avec les politiques appropriées et les ressources financières et humaines nécessaires, nous pouvons fort bien le faire. Il suffit d'avoir la volonté d'améliorer la santé de la population.

Avant de conclure, je voudrais vous faire part d'une dernière réflexion. Je ne vous ai pas donné de chiffres, car je voulais simplement vous sensibiliser au problème des maladies chroniques au Canada. C'est un problème qui va aller en s'aggravant.

Le meilleur moyen d'améliorer ses chances de survie après une crise cardiaque est de ne pas avoir de crise cardiaque. Le meilleur moyen de réduire les risques d'invalidité après un accident cardiovasculaire est de ne pas avoir d'accident cardiovasculaire. Le meilleur moyen d'éviter les problèmes de santé et de mémoire liés à la vieillesse est d'empêcher la progression des facteurs qui les provoquent.

Un concept tout nouveau est en train d'apparaître. L'avenir de la cardiologie n'est pas de continuer à faire ce que nous faisons aujourd'hui, mais plutôt d'essayer de prévenir le déclin cognitif en améliorant la santé des gens, pour qu'ils deviennent moins fragiles et plus indépendants. Avant de vieillir en bonne santé, les gens doivent avoir vécu en bonne santé. Les populations bien portantes comptent en moyenne moins de cas d'invalidité.

On parle aujourd'hui de réduction de la morbidité. Il y a 50 ans, en Angleterre, quatre personnes sur cinq mouraient avant 70 ans. Aujourd'hui, c'est quatre personnes sur cinq qui, en théorie,

people will live beyond the age of 70. I believe that is true in Canada. However, 20 years from now, we have to be able to say that four out of five people will live healthily beyond the age of 80.

I believe it is possible with what we know if we have the right policies. You are doing a tremendously important thing in convening a committee on population health. The health of the population will improve the health of each of us. It will help improve our health not only when we get sick or when we are in our middle age but also in our children and our grandchildren from the day they are born.

Thank you for giving me the opportunity to share my thoughts with you. I would be happy to address any questions. Much of what I say may be alien, but I am known to be provocative.

The Chair: You raised a question in your anecdote that you did not address. You mentioned that as you sat on the train and went through different communities, you saw differing incidence of obesity. It is a tremendous population health problem.

As our hearings unfold, it appears that if we are to be helpful to government, we must find a way of making recommendations to help provide resources at the top. Examples are the prevention of tobacco use and control of hypertension. However, when we try to affect the determinants of health, such as poverty, poor sanitation, contaminated water and poor housing, I have the impression they cannot be addressed at 30,000 feet — at the top level.

We are lacking, in Canada, an organization that can pull together the resources to deal with the determinants of health at the community level. We have many examples such as native people or the city core.

We visited Cuba to look at the polyclinics that fundamentally do that. They service a given population of about 20,000 people usually. They provide primary health care, public health, prevention programs and are integrated with the early education programs and so forth. It is amazing that the indices of good health in Cuba are as good as in Canada without the resources to deal with the illness management system that you mentioned.

Would you comment on the need for organization at the community level that gives people a decent place to live, decent food to eat, et cetera, through the dozen or so determinants of health?

peuvent espérer vivre au-delà de 70 ans. Je crois que cela vaut aussi pour le Canada. Et j'estime que, dans 20 ans, nous devrons pouvoir affirmer que quatre personnes sur cinq vivront au-delà de 80 ans et resteront bien portantes.

Je suis convaincu que cela est possible, vu l'état de nos connaissances, mais il faut se doter des politiques appropriées. Vous avez pris une mesure décisive en constituant un comité sur la santé des populations, car une meilleure connaissance de la question aura une incidence positive sur la santé de chacun d'entre nous. Pas seulement celle des malades ou des adultes, mais aussi celle de nos enfants et de nos petits-enfants, dès leur naissance.

Je vous remercie de m'avoir invité à vous faire part de mes réflexions et suis prêt à répondre à vos questions. Mes idées vous ont peut-être paru un peu étranges, mais j'aime bien provoquer des réactions.

Le président : En racontant votre anecdote, vous avez mentionné un problème sans vous y attarder. Vous avez dit qu'en traversant en métro différentes collectivités, vous aviez constaté que l'incidence de l'obésité variait de l'une à l'autre. S'agissant de la santé des populations, c'est un problème énorme.

Au fur et à mesure de nos audiences, nous nous rendons compte que, si nous voulons jouer un rôle utile auprès du gouvernement, nous allons devoir faire des recommandations pour que les ressources nécessaires soient mises à disposition par les instances supérieures. La lutte contre le tabagisme et la lutte contre l'hypertension en sont des exemples. Par contre, lorsqu'il s'agit de déterminants de la santé comme la pauvreté, le manque de logements et d'équipements sanitaires adéquats, et la contamination de l'eau, j'ai l'impression qu'on peut difficilement résoudre ces problèmes quand on est à 30 000 pieds... je veux parler des instances supérieures.

Ce qu'il nous manque, au Canada, c'est une organisation capable de mobiliser les ressources nécessaires pour améliorer les déterminants de la santé au niveau communautaire. Nous en avons de nombreux exemples avec les Autochtones et dans les centres-villes.

Nous sommes allés à Cuba, visiter des polycliniques qui jouent précisément ce rôle. Elles desservent généralement une population d'environ 20 000 habitants, et offrent principalement des soins de santé primaires, des services de santé publique et des programmes de prévention. Elles sont aussi intégrées à des programmes d'éducation préscolaire, entre autres. Il est étonnant de voir que les indices de bonne santé, à Cuba, sont aussi bons qu'au Canada, alors que ce pays n'a pas les ressources pour financer un système de gestion de la maladie, comme celui dont vous avez parlé tout à l'heure.

Que pensez-vous de cette idée de créer une organisation, au niveau communautaire, dont le rôle serait de s'assurer que les gens ont un logement décent, de la nourriture adéquate, et cetera, bref, que les différents déterminants de la santé, qui sont au nombre de 12 environ, sont améliorés pour tout le monde?

Dr. Yusuf: Undoubtedly in Western societies, poverty is associated with most common diseases. It is curious. About 100 years ago, poverty was associated with less heart disease. Then it flipped with what is called the post-Victorian gradient. In these societies, richer people — more educated, more affluent — know how to deal with the problems, and then they reverse the epidemic.

My story of Africa had a message. It is a continent on the rise; the rich people now have heart disease. The contrast with Washington, D.C. was deliberate; now it is the poor people who have heart disease. Think of Africa and Washington, D.C. as telescoping what has happened in 100 years in our country. That is what I hoped to get across. You can see poverty playing a major role.

Having said that, it may be too much to say that we will further redistribute wealth. Some individuals, depending on political leanings, have said that. I do not know whether it is desirable or not. I will not comment on that.

The point is we could do things at three levels. The first level is national policy so that it is easier to live a good life and does not cost anyone any money; for example make changes to tobacco laws, health education of children in schools and redesign school curricula to ensure physical activity is common in day-to-day life. Redesign the curriculum so that there is more physical education not only in schools but even in universities. When I consider my son and his friends, they were as thin as weeds when they finished school; yet, in the first four years of university, they all put on weight.

Redesign what happens in the workplace. Redesign buildings; perhaps provide free gym memberships or bonuses for maintaining a healthy life. Incentives can be incorporated. This may not cost individuals anything. It will, of course, cost society something, but these are policy-level decisions to increase physical activity. In the long term, redesign our cities to be health-conscious not automobile-friendly so that we walk more. In a cold city, passages can be underground or in covered parks, for example.

The other side is food policies. The one food policy that will not cost Canada much but will have a big impact on hypertension is reducing salt. Most of us do not realize that the majority of salt we eat is already in the food, and we cannot do anything about it. It is not the salt that we add either in cooking or at the dinner table. That is only 20 per cent of salt intake.

We need to reduce the salt in processed food. Even meats are injected with saline to increase their taste. Where I shop, that is what is done.

Dr Yusuf : Dans les sociétés occidentales, il est indéniable que la pauvreté est liée aux maladies les plus courantes. C'est curieux car, il y a 100 ans, il y avait moins de maladies cardiaques chez les gens qui vivaient dans la pauvreté. Le phénomène s'est inversé à l'époque post-victorienne : les gens aisés sont devenus plus instruits et plus riches, et ils ont appris à prévenir ces maladies, ce qui a renversé la tendance.

L'anecdote africaine que je vous ai racontée contient un message. C'est un continent en plein essor, mais où les riches commencent à avoir des maladies cardiaques. La comparaison avec Washington était délibérée : ce sont maintenant les pauvres qui ont des maladies cardiaques. Et cette comparaison entre l'Afrique et Washington, D.C., illustre bien ce qui s'est passé dans notre pays au cours des 100 dernières années. C'est le message que je veux vous faire comprendre. On voit bien que la pauvreté joue un rôle déterminant.

Cela dit, je n'irais quand même pas jusqu'à préconiser une nouvelle redistribution de la richesse, comme certains le font par conviction politique. Je ne sais pas si cela est souhaitable et m'abstiendrai donc de tout commentaire là-dessus.

Il n'en reste pas moins que nous pouvons intervenir à trois niveaux. Au niveau des politiques nationales, d'abord, afin de permettre aux gens de vivre mieux sans que cela leur coûte davantage. Par exemple, on pourrait modifier les lois sur le tabagisme, assurer une meilleure éducation sanitaire dans les écoles, et revoir les programmes scolaires et universitaires afin de laisser une plus grande place à l'éducation physique. Je pense à mon fils et à ses amis : ils étaient minces comme des fils quand ils ont fini l'école, mais après quatre ans d'université, ils avaient tous pris du poids.

Il faut aussi repenser l'aménagement des lieux de travail, revoir l'architecture des bâtiments, envisager d'offrir des abonnements gratuits à des gymnases, et donner des incitatifs pour encourager les employés à mener une vie saine. Les incitatifs pourraient être intégrés et ne rien coûter aux employés. Bien sûr, c'est la société tout entière qui paiera, mais c'est un choix qui doit être fait par nos décideurs, s'ils veulent vraiment encourager l'activité physique. À long terme, il faudra repenser nos plans d'urbanisation afin d'encourager non pas l'usage de la voiture mais la marche à pied. Dans les pays froids, on peut fort bien aménager des passages souterrains ou imaginer des parcs couverts, par exemple.

L'autre volet concerne les politiques en matière d'alimentation. Encourager la population à consommer moins de sel ne coûterait pas grand-chose au gouvernement et aurait une incidence positive considérable sur l'hypertension. La plupart d'entre nous ignorent que la majeure partie du sel que nous absorbons se trouve déjà dans les aliments que nous consommons. Nous ne pouvons rien y faire. Le sel que nous ajoutons aux aliments, à table ou en préparant la nourriture, ne représente que 20 p. 100 de notre consommation totale.

La solution est donc de réduire les quantités de sel utilisées dans la transformation des aliments. Savez-vous qu'on injecte des solutions salines dans les viandes pour leur donner plus de goût? C'est ce que fait mon boucher.

If we can have national legislation that reduces salt in the foods that we already receive, even if every Canadian adds a bit of salt at the table, hypertension levels will drop. If we drop weight by a small amount in the whole population — 2 or 3 kilograms — then that will have an added effect. Between these two, my estimate is that we will lower hypertension and diabetes rates by 50 per cent. This can be done without huge tinkering; minor tinkering without huge changes.

One can be more radical and suggest that there is a story in tobacco that will tell us what to do about foods. Perhaps we should gently change our agricultural policies. Maybe we are subsidizing the wrong types of agricultural products. Maybe it is time to shift it to the healthier foods. Yes, help our farmers; I believe in that. We need a healthy farming community. However, change how we do it so that there is greater value in promoting the growth of foods and produce that are healthy. That may be more controversial, but I am just throwing that out as a possibility.

The second suggestion is borrowed from Cuba. I was at the CIHR today where they are having a debate as to funding international programs. The concern about funding international programs is whether something done in another country can have relevance to Canada. My response was to tell them that the only way we can learn whether our system is good, bad or indifferent is by comparing our system with another system, which is what we have done.

Returning to the Cuba model, we need a model of community clinics, health care workers, who are not necessarily physicians but extended health care workers — in this country, we call them nurse practitioners, but it can be any model — who are trained to deal with 20 of our common issues. That will, in one stroke, deal with the so-called shortage of GPs; it will deal with, as you know, the inequities of the reward system right now in medicine and will focus it back on the simple things that many people are afflicted by.

Doctors are more interested in doing the high-tech stuff. I am a doctor too, so I know this to be fact. I headed a cardiology program. None of my trainees want to do the simple things because they are not intellectually satisfying, and they are not well remunerated. We need to think of a different model. Doctors need to be part of the model; you cannot alienate them. Politically, that would be a mistake. On a positive note, they can be helpful; for example, Andrew Pipe in Ottawa. He has been tremendous with what he has done on tobacco control. The right physicians working with, not on top of, extended health care workers can be that next level.

Last, our medical curriculum in this country needs to evolve. It has to evolve from a biology-based approach, which is what I studied — and which is good — to the added concepts of the social determinants of health. Public health needs to become a

Si nous adoptons une loi visant à réduire les quantités de sel utilisées dans la transformation des aliments que nous achetons, les taux d'hypertension diminueront, même si chaque Canadien leur ajoute un peu de sel à table. Si on encourage les gens à perdre du poids — 2 ou 3 kilos — cela aura un effet encore plus positif. À elles seules, ces deux mesures pourraient permettre, selon mes calculs, de réduire de moitié les taux d'hypertension et de diabète. Ce ne sont pas de gros changements, simplement des petites adaptations, mais qui auront des effets importants.

On pourrait être plus radical et proposer de légiférer pour les aliments comme on l'a fait pour le tabac. On pourrait aussi se contenter de modifier petit à petit nos politiques agricoles : au lieu de subventionner certains produits agricoles, on devrait peut-être subventionner des aliments plus sains. Oui, nous devons aider nos agriculteurs, j'en suis convaincu, car nous avons besoin d'un secteur agricole en bonne santé. Mais changeons notre façon de faire et essayons d'encourager et de promouvoir la culture d'aliments et de produits qui sont bons pour la santé. C'est sans doute une suggestion plus controversée, mais je vous la soumets.

Ma deuxième suggestion m'est inspirée par Cuba. J'étais à l'IRSC aujourd'hui, et on discutait du financement des programmes internationaux. Dans ce genre de débat, la question qu'on se pose est de savoir si ce qui se fait dans un autre pays peut présenter un intérêt ici au Canada. Je leur ai dit que la seule façon pour nous de savoir si notre système est bon, mauvais ou moyen, c'est de le comparer avec un autre système. Et c'est ce que nous avons fait.

Pour reprendre l'exemple de Cuba, je vous dirai que oui, nous avons besoin d'un système de cliniques communautaires, avec des travailleurs de la santé qui ne sont pas nécessairement des médecins — ici nous les appelons des infirmières ou des infirmiers praticiens, mais on peut choisir un autre modèle — mais qui ont reçu la formation nécessaire pour traiter une vingtaine de maux de la vie courante. Cette solution nous permettrait de régler d'un coup notre soi-disant pénurie de médecins généralistes, et de rendre aussi plus juste la pratique de la médecine en la réorientant vers le traitement des maux ordinaires qui affligent un grand nombre de gens.

Les médecins s'intéressent davantage aux maladies qui nécessitent des traitements sophistiqués. Je le sais, je suis médecin moi aussi. J'ai dirigé un programme de cardiologie, et aucun de mes étudiants ne voulait se spécialiser dans les maladies ordinaires parce ce n'est pas stimulant intellectuellement et parce que c'est moins bien rémunéré. Il faut donc concevoir un nouveau modèle, où les médecins doivent avoir leur place, vous ne pouvez pas les écarter. Politiquement, ce serait une grave erreur. Et je suis convaincu qu'ils peuvent être très utiles. Prenez le cas d'Andrew Pipe, à Ottawa. Il a joué un rôle extraordinaire dans la lutte contre le tabagisme. On pourrait donc avoir dans ces cliniques des médecins comme lui, qui épauleraient les travailleurs de la santé, sans pour autant les diriger.

Enfin, nous devons revoir le contenu de nos programmes de médecine. Ils sont actuellement fondés sur l'approche biologique; c'est ainsi que j'ai été formé et c'est une bonne approche, mais il faut y ajouter les concepts des déterminants sociaux de la santé.

much more integral part of the core curriculum of medical students training in internal medicine. You would all be surprised if I told you that when an individual in Canada comes out as a cardiologist, he or she has had four years of medical school, four years of internal medicine training and three years of cardiology, a total of eleven years. Do you know how much time they spent learning how to assess diet? Zero. Do you know how much time they spent learning how to get people to stop smoking? Zero. However, these two are the biggest causes of heart disease. Therefore, changing the curriculum of health workers to incorporate prevention and population health is also important. Again, those are the types of things the nation as a whole can do.

Senator Brown: I am fascinated by what you had to say. We had a doctor here as a witness previously talking about almost exactly the same three issues — tobacco, salt and inactivity. I also agree with your suggestions to change the buildings to make them more physically challenging. I experienced that myself since I came down here. I walked for the first three months and lost about 10 pounds just going back and forth from my apartment — involuntarily on my part because I did not have a car. It has been snowing ever since, so I have probably got it all back now.

The tobacco issue really fascinates me, because I quit smoking about 40 years ago. It takes some people a lot of effort to quit. I was lucky; it was not that hard for me. I think about the program that Canada has already used on tobacco. I would say 40 years ago, the majority of Canadians smoked, and now it is around 20 per cent. If that is correct, then we have done it, not with massive changes in our medical system, just with advertising on tobacco packages and television about how bad tobacco is for you.

Dr. Yusuf: It has been much more than that, senator. I would say that it is an enlightened multi-tier approach. First, we have taxed tobacco, and there is a very clear relationship between taxation of tobacco and users, especially in teenagers. Second, obviously we have, as you mentioned, health and safety warnings. Third, we banned the use of tobacco. Now tobacco is socially unacceptable in most places. We made a sea of change, and tobacco is a wonderful example of population health strategies working.

Senator Brown: That is exactly what I was trying to get to. We started with a very mild program against tobacco. We asked the tobacco companies, or told them, to put a warning on the packaging. Then we started with more belligerent advertising, for want of a better word, and we have escalated it until we closed

La santé publique doit également occuper une place plus importante dans la formation de base en médecine interne du futur médecin. Vous seriez tous très surpris si je vous disais que, pour devenir cardiologue au Canada, il faut faire quatre ans d'études à la faculté de médecine, quatre ans de formation en médecine interne et trois ans de formation en cardiologie, soit un total de 11 années de formation. Et savez-vous pendant combien de mois on lui apprend à évaluer un régime alimentaire? Zéro. Savez-vous pendant combien de mois on lui apprend comment encourager les gens à ne plus fumer? Zéro. Il faut donc aussi que le programme de formation des travailleurs de la santé inclue la prévention et la santé des populations. Voilà le genre de choses qu'on peut faire, à l'échelle du pays.

Le sénateur Brown : Je suis fasciné par ce que vous avez dit. Un autre médecin a comparu devant notre comité, et il a parlé pratiquement des trois mêmes déterminants : le tabac, le sel et la sédentarité. Je suis aussi d'accord avec vous quand vous dites que nous devons modifier l'aménagement de nos immeubles pour encourager les gens à bouger. Je m'en rends compte tout particulièrement depuis que je suis ici. Pendant les trois premiers mois, j'ai circulé à pied entre mon appartement et le Parlement, et j'ai perdu une dizaine de livres. C'était bien malgré moi puisque je n'avais pas de voiture. Puis l'hiver est arrivé, nous avons eu beaucoup de neige, et j'ai sans doute repris tout ce que j'avais perdu!

La question du tabagisme m'intéresse tout particulièrement, car j'ai arrêté de fumer il y a une quarantaine d'années. Pour certaines personnes, c'est vraiment très dur d'arrêter, mais moi j'ai eu de la chance, ça n'a pas été trop difficile. Parlons du programme que le Canada a mis en place pour lutter contre le tabagisme. Il y a 40 ans, la majorité des Canadiens fumaient, et aujourd'hui, ils sont autour de 20 p. 100. Si ces chiffres sont exacts, cela signifie que les mesures en place sont efficaces; et nous n'avons même pas eu besoin de procéder à des changements radicaux, puisque les publicités sur les paquets de cigarettes et à la télévision ont suffi à convaincre beaucoup de fumeurs que le tabac était dangereux.

Dr Yusuf : C'est beaucoup plus que ça, monsieur le sénateur. À mon avis, nous avons adopté une approche éclairée et progressive. D'abord, nous avons augmenté les taxes sur le tabac, et on sait bien que cela a un effet direct sur la consommation de tabac, surtout chez les adolescents. Ensuite nous avons eu recours, comme vous l'avez dit, à des messages publicitaires et des mises en garde quant à la dangerosité du produit. Puis nous avons interdit l'usage du tabac. Aujourd'hui, fumer est socialement inacceptable presque partout. Nous avons réalisé une véritable mutation, et nous avons là l'exemple d'une stratégie qui a merveilleusement réussi.

Le sénateur Brown : C'est exactement ce que je voulais dire. Nous avons commencé par prendre des mesures plutôt discrètes pour lutter contre le tabagisme, en demandant, ou plutôt en imposant, aux fabricants d'apposer une mise en garde sur les paquets de cigarettes. Puis nous avons adopté une attitude plus

buildings from smoking. We have closed almost every public place that you can imagine.

I am not suggesting that we close off people from food, but I am suggesting the same type of a program. You are advertising it yourself with your words and your thoughts, and we are listening carefully. Most of us will believe what you have to say, but we need your thoughts to reach the entire population in Canada and its future generations, the children, especially the young ones.

We have to use what you are suggesting, but we also have to go back to what was successful with tobacco. We start saying, "Hey, you are eating food with too much salt. It is bad for you." We have already started that program with candies and pop, et cetera. I believe it started in schools. We have to accelerate all of them, and it is worthwhile. I just wanted to add to what you are suggesting, because I really feel that the medical people cannot do it by themselves.

Dr. Yusuf: Yes, that is true.

Senator Brown: It has to be the whole of society.

Dr. Yusuf: I completely agree.

Senator Callbeck: I am certainly interested in what you have to say. When you talk about the health care system being based on disease management as opposed to prevention and maintenance of health, I agree with you. Many Canadians look at our health care system as hospitals, doctors and nurses.

From reading your presentation, you suggest that we take a percentage of the health care budget and put it into population health and prevention strategies. That would be a great move. There are many advantages there because it brings down acute care costs, and people are more productive and healthier as well. Their quality of life is better.

You know that governments generally think in the short-term, and prevention measures in population health take a long time to show results. My question is about the general public. How do you get the general public to buy into thinking that it is good to take a percentage of the health care budget and put it into preventative measures, strategies and population health rather than into hospitals, doctors and nurses?

Health care costs are going up. There is such a demand there for the health dollar. To my way of thinking, you have to get the general public to buy into this, so they can then pressure their politicians to spend these dollars on population health. Otherwise, will it happen?

agressive, si l'on peut dire, dans nos messages publicitaires, afin d'interdire le tabac dans des immeubles entiers. Aujourd'hui, il est interdit de fumer dans quasiment tous les lieux et bâtiments publics.

Je ne propose pas d'en faire autant avec certains aliments, mais on pourrait adopter le même genre de programme. Ce que vous dites est très convaincant, et nous vous écoutons attentivement. La plupart d'entre nous sommes convaincus par ce que vous dites, mais nous avons besoin d'arguments percutants pour convaincre toute la population canadienne et les générations futures, les enfants, surtout les plus jeunes.

Nous devons faire ce que vous suggérez, mais nous devons aussi nous inspirer de ce qui a bien fonctionné pour le tabac. Par exemple, on pourrait commencer par dire : « Attention, vous consommez des aliments qui sont trop salés. C'est mauvais pour la santé. » Nous avons déjà commencé de le faire pour des friandises et des boissons sucrées, entre autres. Ça se fait dans les écoles, je crois. Il faudrait aller plus vite, car cela vaut la peine. Je voulais simplement revenir un peu sur ce que vous avez dit, car je suis convaincu que le personnel médical ne peut faire ça tout seul.

Dr Yusuf : Vous avez tout à fait raison.

Le sénateur Brown : Il faut que toute la société soit impliquée.

Dr Yusuf : Je suis entièrement d'accord.

Le sénateur Callbeck : Tout ce que vous dites m'intéresse beaucoup. Quand vous dites que le système de santé est fondé sur la gestion de la maladie plutôt que sur la prévention et le maintien de la santé, je suis tout à fait d'accord. Pour beaucoup de Canadiens, le système de santé, c'est des hôpitaux, des médecins et des infirmières.

J'ai lu votre mémoire, et vous proposez de consacrer un certain pourcentage du budget de la santé au financement de stratégies sur la santé des populations et sur la prévention. Ce serait une excellente initiative qui aurait de nombreux avantages, notamment celui de réduire les dépenses pour les soins de courte durée : les gens seraient plus productifs et en meilleure santé, et leur qualité de vie n'en serait que meilleure.

Vous savez que les gouvernements, en général, planifient à court terme, et les mesures de prévention en matière de santé des populations ne donnent des résultats qu'à long terme. Je pense à la population en général. Comment pensez-vous qu'on arrivera à la convaincre que ce serait une bonne chose d'amputer le budget destiné aux hôpitaux, aux médecins et aux infirmières pour financer des mesures de prévention et des programmes de santé des populations?

Les coûts des soins de santé augmentent. Les besoins sont énormes. À mon avis, il va falloir d'abord convaincre la population de la nécessité d'une telle mesure, pour qu'elle exerce ensuite des pressions sur les politiciens pour qu'ils acceptent de financer des programmes de santé des populations. Sinon, comment pensez-vous qu'on y arrivera?

Dr. Yusuf: You have raised some important practical issues. Some aspects of population health, the public will welcome; others they will fight because nobody wants to change the way they live.

If I have a patient after a heart attack, they want to know which stent I will put into them. They do not want to hear about smoking cessation or losing weight. Here is a person who has just had a heart attack, a life-threatening situation. Similarly, I am not sure people willingly agreed to wear seat belts. It was legislated so people wore seat belts.

It will call for leadership from the government to persuade the nation what is good for them. That would be the difference between a reactive political system versus a proactive and visionary political system. I will leave it to the government to decide which one they want to be.

On a more practical level, I spent two hours with Minister Smitherman last week. We talked about the assumption that everything we do in the hospital system, or whatever system we have, is useful. What if there is considerable waste? Let me give you an example.

When I came to McMaster University, Hamilton, in 1992, we had two heart catheterization units. We always had a waiting list. Whenever I mention waiting list, we assume that any waiting list is bad and everybody on a waiting list ought to be on it. Who said so?

We studied the waiting list. We then had a third catheterization lab, then a fourth built. Our volumes went from 3,000 procedures a year to 8,500 now. The proportion of people who do not meet appropriateness criteria for catheterization tripled in that period. Where we can find our savings is to have quality assurances and appropriateness. That is one source; it may not be everything.

There needs to be re-education. More health care delivery does not mean better health. There is very good data showing that for certain types of high-tech procedures, after a certain point, we start to do it in less appropriate people, and we start to get complications. Although we are spending more money, we are actually hurting people.

Most of you will think that for somebody with a heart attack today admitted to a hospital, the chances of that person dying is from the amount of damage to their heart. That would be logical, and that is what I thought.

However, last year, we did a study in our hospital and found that the most common complication in the coronary care unit was not the complications of a heart attack but the complications from the treatments, which is bad bleeding. Therefore, we have now gone to the other side.

Dr Yusuf : Vous avez soulevé des questions d'ordre pratique mais tout aussi importantes. S'agissant d'un programme de santé des populations, certains aspects seront bien acceptés par le public, d'autres le seront moins car personne n'aime changer ses habitudes de tous les jours.

Quand je rencontre des malades qui viennent de faire une crise cardiaque, ils me demandent systématiquement quel type de drain je vais leur poser. Ils ne veulent pas que je leur dise d'arrêter de fumer ou de perdre du poids. Ils viennent d'avoir une crise cardiaque, qui aurait pu leur coûter la vie, et tout ce qui les intéresse, c'est de savoir quel type de drain je vais leur poser. Dans un autre ordre d'idée, je ne suis pas sûr que les gens étaient d'accord pour porter la ceinture de sécurité. Une loi a été adoptée, et ils s'y conforment.

Il faut que le gouvernement fasse preuve de leadership pour convaincre la population de ce qui est bon pour elle. C'est là toute la différence entre une façon de gouverner réactive et une façon de gouverner proactive et visionnaire. Je laisserai au gouvernement le soin de décider laquelle choisir.

Sur un plan plus pratique, je voudrais vous dire que j'ai passé deux heures avec le ministre Smitherman la semaine dernière. Nous nous sommes demandé si tout ce qui se faisait dans notre système hospitalier était vraiment utile, s'il n'y aurait pas du gaspillage. Permettez-moi de vous donner un exemple.

Lorsque je suis arrivé à l'Université McMaster, à Hamilton, en 1992, nous avions deux unités de cathétérisme. Il y avait une liste d'attente en permanence. Quand je mentionne le mot liste d'attente, les gens y voient toujours une connotation négative et pensent que ceux qui figurent sur la liste y sont pour une bonne raison. Pas vrai?

Nous avons donc examiné la liste. Puis nous avons eu une troisième unité de cathétérisme, et enfin une quatrième. Le nombre annuel d'interventions est ainsi passé de 3 000 à 8 500 aujourd'hui. Mais pendant cette période, la proportion de malades ne répondant pas aux critères de pertinence a triplé. À mon avis, nous pouvons réduire nos dépenses en faisant des tests d'assurance de la qualité et des tests de pertinence. C'est une façon de faire des économies.

Il faut aussi rééduquer les gens. Ce n'est pas parce qu'il y a plus de services de santé que les gens sont en meilleure santé. Des études indiquent clairement que, pour certaines procédures très pointues, il arrive un moment où on les utilise avec des patients qui ne répondent pas tout à fait aux critères de pertinence, et c'est là que vous commencez à avoir des complications. On dépense plus d'argent, certes, mais on nuit en fait aux malades.

La plupart d'entre vous pensez sans doute que, de nos jours, un patient hospitalisé à la suite d'une crise cardiaque risque davantage de mourir de complications cardiaques que d'autre chose. Cela paraît logique, et c'est ce que je croyais.

L'an dernier, cependant, nous avons étudié la situation dans notre hôpital, et nous avons constaté que, dans l'unité des soins coronariens, les complications les plus fréquentes n'étaient pas des complications cardiaques mais des hémorragies causées par les traitements. Nous modifions donc nos pratiques en conséquence.

We are hitting a ceiling, not in all parts but in some parts of medicine, where more investment will not lead to better health. It may actually lead to worse health. That is a paradoxical statement. It is not intuitive to the public; it is not even intuitive to most doctors.

I am not saying that this is the case in every part of our system. What could we do? I told Minister Smitherman that you can have a 1 per cent solution by putting 1 per cent of the Ontario budget to create processes for quality control. Challenge the hospitals to put up 1 per cent of their own budget, and you will add 1 per cent. The hospitals will find savings, but allow them to re-invest them into better means. We do not have national quality assurance programs in the country, appropriateness programs.

When you institute it, at least in some areas, costs will be reduced. Not in all; some we will find we are underutilizing it. However, some of that savings can go in.

As you have seen, every year it is an X per cent increase in budget. For the health care budget, maybe part of that should be toward population health. It is politically and practically difficult to pull back money, but you can start to divert money. You can direct where the increases go. Over a short period of five years, you can get to the 10 per cent solution that I am suggesting here.

What you said about population health having a slow impact may be true in some areas. Actually, population health has a quicker impact than pumping money to create more MRI machines or something else.

All you need to have is one person with a cancer who could not get their MRI and it is on the front page of the newspaper. If you prevent 100,000 deaths in Canada, those 100,000 people are silent. Prevention is silent; the other is vocal. It is not that the impact on health is slow; rather the visible consciousness is slow.

I hope I have got my point across.

Senator Eggleton: Thank you for being here today. Your comments are very valuable to us.

I wanted to pursue this matter of salt. You say that a one-third reduction in salt in most foods would have a very substantial benefit. It sounds simple, so my first thought is why have we not done it?

I suppose there is pushback from some people out there. Who would be the people pushing back, and why would they push back against this type of reduction in salt, which you say comes in the food processing and packaging?

Nous nous rendons bien compte que, dans certains secteurs de la médecine, pas dans tous, ce n'est pas en augmentant les budgets qu'on améliorera la santé des gens. On risque même, parfois, de nuire à leur santé. Cela peut vous paraître paradoxal. Le public n'en est pas conscient, et la plupart des médecins non plus.

Je ne dis pas que c'est le cas dans tous les secteurs de la médecine. Que pouvons-nous faire? J'ai suggéré au ministre Smitherman de consacrer 1 p. 100 du budget de l'Ontario à la mise en place de procédures de contrôle de la qualité, et de proposer aux hôpitaux d'y consacrer de leur côté 1 p. 100 de leur propre budget, en précisant que les deux s'ajouteront. Les hôpitaux sauront où faire des économies, mais il faudra les laisser réinvestir dans des procédures plus efficaces. Nous n'avons pas de programme national d'assurance de la qualité et de la pertinence au Canada.

Une fois mis en place, un programme de ce genre permettra de réduire les coûts dans certains secteurs, mais pas dans tous car il se peut que certains secteurs ne soient pas assez financés. Dans ce cas, on pourra y investir une partie des économies réalisées.

Comme vous le savez, chaque année, le budget augmente d'un certain pourcentage. S'agissant du budget de la santé, une partie de cette augmentation devrait peut-être être investie dans la santé des populations. Politiquement, et même concrètement, il est toujours difficile de supprimer des crédits, mais on peut les transférer. Vous pouvez fort bien décider quel secteur bénéficiera de l'augmentation du budget. Et en cinq ans, vous atteindrez les 10 p. 100 dont je parlais tout à l'heure.

Vous avez dit qu'il fallait attendre plusieurs années avant que le public ne se rende compte de l'impact des mesures prises pour améliorer la santé des populations, et c'est peut-être vrai dans certains domaines. Mais je peux vous dire qu'en prenant des mesures pour améliorer la santé des populations, on a certainement plus d'impact qu'en investissant dans des machines IRM ou autres.

Il suffit qu'une personne, atteinte d'un cancer, ne réussisse pas à avoir un IRM pour que la nouvelle fasse la une des journaux. Par contre, si on réussit à prévenir 100 000 décès au Canada, aucun journal ne parle de ces 100 000 personnes. La prévention est silencieuse, contrairement au traitement de la maladie. Et ce n'est pas parce que les effets de la prévention sont lents, c'est parce que le public n'en a pas vraiment pris conscience.

J'espère que je me fais comprendre.

Le sénateur Eggleton : Je vous remercie de comparaître devant notre comité aujourd'hui. Ce que vous dites est extrêmement intéressant.

J'aimerais revenir sur la consommation de sel. Vous dites qu'une réduction d'un tiers de la quantité de sel ajoutée aux aliments aurait des effets bénéfiques considérables. C'est une solution toute simple; pourquoi ne l'a-t-on pas déjà adoptée?

Je suppose qu'il y a de la résistance de la part de certaines personnes. Qui sont ces personnes, à votre avis, et pourquoi s'opposent-elles à une réduction des quantités de sel ajoutées au moment de la transformation et de l'emballage des aliments?

Dr. Yusuf: First, let me tell you that I am not an expert on salt. Should you care, please invite Norman Campbell from Calgary some time. He is the nation's expert. Let me give you my simple answer.

There are certain processes ingrained in the food manufacturing system. To change that takes capital investment, discovering new methods of packaging and preserving these foods. Salt is a preservative. It is doable; but in the short term, there needs to be an investment.

There will also be a slight change in the taste of food. People are concerned about how one product will stack up against a competitor. However, there is a move, and there are discussions to achieve that one-third goal in 10 years that are ongoing right now between public health experts and the food industry.

What I am suggesting is not farfetched. There is a lot of discussion. I would plead further ignorance; however, I would request that you talk to Norman Campbell or other people in the salt coalition.

Senator Eggleton: Is there any investment by Health Canada or in industry to find alternative solutions?

Dr. Yusuf: I do not really know. I do not want to comment on what I do not know.

Senator Cochrane: While you were speaking, you had me very conscious of eating my cookie. I was about to suggest to the chair that maybe we should have carrots and celery and so on.

Will you be here very long? I would like to be on the waiting list to see you. I have some concerns of my own, and you seem to have such a great knowledge base that I believe you could deal with any problems that anyone would have. I have some health problems as well, and I am sure all of us do.

More specifically, what sorts of strategies would you suggest for the prevention of Alzheimer's disease? We see a lot of that today.

Dr. Yusuf: There are many forms of dementia, and Alzheimer's disease is one specific form. We are trying to learn much more about Alzheimer's disease. Right now, we do not know enough to answer your question meaningfully.

We are beginning to believe that Alzheimer's is often misdiagnosed and people have what we call vascular dementia, which are micro-strokes in the brain. Nobody has lost movement of an arm or leg, but if we do an MRI scanning with one of the more sophisticated techniques, we see tiny white matter infarcts.

In our present research, we take the standard methods of preventing a heart attack or a stroke, for example, by cholesterol lowering and aggressive blood pressure lowering then study whether these micro-infarcts in the brain would be prevented and whether that correlates with decrease in cognitive function.

Dr Yusuf : Permettez-moi de vous dire, pour commencer, que je ne suis pas un expert en la matière. Si la question vous intéresse, vous devriez inviter Norman Campbell, de Calgary, à venir témoigner. C'est lui le grand spécialiste au Canada. Je vais vous donner une réponse très simple

Certains procédés font partie intégrante du système de transformation des aliments. Pour les modifier, il faut investir de l'argent, mettre au point de nouvelles méthodes d'emballage et de conservation des aliments. Le sel est un agent de conservation. C'est donc tout à fait possible, mais cela nécessite des investissements.

Utiliser moins de sel modifie aussi un peu le goût des aliments, et les fabricants ont peur que leur produit ne soit délaissé par les consommateurs au profit de celui du concurrent. Mais l'idée fait son chemin, et en ce moment, les spécialistes en santé publique et les fabricants de produits alimentaires discutent de la possibilité de réaliser cette réduction d'un tiers en 10 ans.

Ce que je propose n'est pas utopique. On en discute beaucoup. Mais encore une fois, je ne suis pas expert en la matière, et je vous conseille d'en parler avec Norman Campbell et d'autres personnes de la coalition sur le sel.

Le sénateur Eggleton : Fait-on des recherches, à Santé Canada ou dans l'industrie, pour trouver des solutions de rechange?

Dr Yusuf : Je ne sais pas, et je ne voudrais pas parler de ce que je ne sais pas.

Le sénateur Cochrane : En vous écoutant, je me sentais mal à l'aise de manger un gâteau. Je devrais suggérer au président qu'on nous serve des carottes et du céleri plutôt que des gâteaux.

Allez-vous rester encore quelque temps? J'aimerais bien figurer sur votre liste d'attente car j'ai quelques petits problèmes, et vous semblez savoir tellement de choses que j'ai l'impression que vous pourriez soigner n'importe qui. J'ai aussi quelques petits soucis de santé, comme tout le monde sans doute.

Je vais être plus précis. Quelles sortes de stratégies recommanderiez-vous pour prévenir la maladie d'Alzheimer, si courante aujourd'hui?

Dr Yusuf : Il existe de nombreuses formes de la démence, et la maladie d'Alzheimer en est une. Nous essayons d'en savoir davantage au sujet de cette maladie, mais pour l'instant, l'état de nos connaissances ne me permet pas de vous donner une réponse satisfaisante.

Nous commençons à penser que cette maladie est souvent mal diagnostiquée et qu'en fait, les gens ont ce qu'on appelle une démence vasculaire, qui est provoquée par des mini-accidents cardiovasculaires au cerveau. Le malade ne perd pas l'usage d'une jambe ou d'un bras, mais si on fait un IRM avec un équipement très pointu, on voit d'infimes infarctus de matière blanche.

Actuellement, pour nos recherches, nous utilisons les méthodes ordinaires de prévention d'une crise cardiaque ou d'un accident cardiovasculaire, en réduisant par exemple le taux de cholestérol et en faisant sérieusement chuter la tension artérielle. Puis nous essayons de voir si cela prévient la formation de micro-infarctus au cerveau et s'il y a diminution des fonctions cognitives.

I have not answered your Alzheimer's question because we do not know enough about it to implement a strategy. However, as individuals, we are interested in cognitive decline in dementia, and there are enough hints that controlling the risk factors for hardening of the arteries — what is called atherosclerosis — will make a difference, but it is not proof beyond reasonable doubt yet. Give me three to five years, and I may have an answer then.

Senator Cochrane: I see. Well, even that is helpful.

You spoke about restructuring our health system, and the doctors would be sort of on the outside looking in. Midwives delivering babies comes to mind. If we could give licences or something to people who have the interest and the skills to do something like that, that probably would be another cost-saving measure and well worth it. Would you not agree?

Dr. Yusuf: I would agree. I am not an obstetrician, so I am a little outside my realm, but I would agree.

The U.K. has a strong midwifery program and midwives. My oldest child was born in the U.K., and we had an excellent midwife in attendance. However, there was excellent backup should there be a problem. Unfortunately, we did have a problem, but it worked out because the health care system is all there as well. That is a good example of where we should not think of any population health strategy as being a replacement for a disease-related strategy. Both should go hand in hand.

That is why I like the idea of a 1 per cent solution that gradually grows to, say, a 10 per cent solution. However, midwives have to play an important role.

Moreover, the so-called shortage of doctors in Canada will not be solved by more doctors for several reasons. First, doctors are not interested in doing a number of things that keep people healthy. Second, our system of reimbursement does not attract people to do that, so we need a whole new cadre of people. Finally, for economic reasons, we will always have a gradient, and it would be from a less-wealthy province to a wealthier province, from the rural to the urban, from Canada to the U.S. We will always have that gradient, unless we put people in shackles. It will not happen. Therefore, to stabilize our system, it may be better to have non-doctor extended health care people in obstetrics, pediatrics, prevention, population health and so forth; we see them as having a complementary role to the existing system.

Senator Fairbairn: In listening to the very positive things that you have said, it occurred to me that in spite of all of the problems that come with the various issues that you have spoken about, there is also, in Canada, an effort through communication — not

Je n'ai pas répondu à votre question sur la maladie d'Alzheimer parce nous n'en savons pas suffisamment à son sujet pour mettre en place une stratégie. Mais nous nous intéressons au déclin cognitif qui accompagne la démence, et suffisamment de données nous permettent de penser qu'en contrôlant les facteurs qui contribuent au durcissement des artères — ce qu'on appelle l'athérosclérose — nous arriverons à obtenir des résultats tangibles, mais ce n'est pas garanti. Dans trois ou cinq ans, j'aurai sans doute une réponse plus précise.

Le sénateur Cochrane : Je vois. Votre réponse est quand même utile.

Vous avez dit qu'il fallait réformer notre système de santé, et que les médecins devraient en quelque sorte rester à la périphérie de la nouvelle structure. On pense immédiatement aux sages-femmes qui feraient les accouchements. Ne pensez-vous pas qu'on pourrait réduire encore les coûts en donnant des licences ou des permis à ceux et celles qui ont le désir et la capacité de faire ce genre de choses?

Dr Yusuf : Je suis d'accord avec vous. Je ne suis pas obstétricien, par conséquent votre exemple est en dehors de mon champ d'expertise, mais je suis d'accord avec vous.

La Grande-Bretagne a mis en place un programme d'obstétrique pour sages-femmes qui fonctionne très bien. Pour la naissance de mon aîné, en Grande-Bretagne, nous avons eu recours aux services d'une excellente sage-femme, même si le système de santé était disponible, en cas de problème. Malheureusement, c'est ce qui s'est produit pour nous et nous en avons eu besoin, mais tout s'est finalement bien passé parce que le système de santé était accessible, en parallèle. Cet exemple montre bien qu'il ne faut pas penser qu'une stratégie de santé des populations va remplacer une stratégie de gestion de la maladie : les deux doivent fonctionner en parallèle.

C'est la raison pour laquelle j'aime bien la solution du 1 p. 100 qui augmente progressivement jusqu'à 10 p. 100. Mais les sages-femmes doivent jouer un rôle important.

De plus, on ne résorbera pas la soi-disant pénurie de médecins au Canada par une augmentation du nombre de médecins, et ce, pour plusieurs raisons. Premièrement, ce qu'il faut faire pour rester bien portant n'intéresse pas beaucoup les médecins. Deuxièmement, notre système de rémunération n'attire pas les gens vers la médecine; il nous faut donc trouver d'autres professionnels. Enfin, pour des raisons économiques, il y aura toujours une migration des médecins d'une province pauvre vers une province riche, d'une zone rurale vers une zone urbaine, du Canada vers les États-Unis. Les gens continueront de se déplacer, sauf si vous leur mettez des boulets aux pieds, ce qui n'est pas près d'arriver. Par conséquent, pour stabiliser notre système, il vaudrait peut-être mieux qu'en obstétrique, en pédiatrie, en prévention, en santé des populations, et cetera, les soins prolongés soient assurés par des non-médecins. Et cette nouvelle structure serait un complément au système actuel.

Le sénateur Fairbairn : En écoutant les suggestions très positives que vous avez faites, je me suis dit qu'en dépit de tous les problèmes qui se rapportent aux différentes questions que vous avez abordées, nous faisons quand même un effort de

necessarily with the medical profession but in other areas — to have an effect on our younger people as they are growing up. They watch television, watch the good and the bad and hear important things that apply to them.

I mention this because there was quite a shock that went through my city. I am from Lethbridge, Alberta. A couple of years ago, a group of young students caused quite a stir in the community. They had a cafeteria in their public school that had food items that would not be on your list of perhaps the greatest items to have. This group of young activists on one occasion marched into the principal's office with other teachers and told them that they were, from that moment on, boycotting the cafeteria because they did not want all these foods that they found in the cafeteria that were salted, et cetera. They were very clever and aggressive.

It caused quite a buzz in the community because this was coming maybe from what they heard at home and maybe from television. However, at the same time, they were talking about it because they wanted to be athletes. They wanted to be engaged in everything available to them, and all of a sudden they were hearing that most of the food that they were used to eating would take them in a different direction.

How important is it, then, in your world, that there is a methodology of communication of this type of information and the consequences of doing or not doing the right thing? How much is being done in Canada in that respect? There are all sorts of other types of communication, but this is a different level. This is young people learning right smack in the middle where they are crossing the line, that there is a better way of doing it. How aggressively are we doing this in Canada? To what degree would you offer us a way to do it better?

Dr. Yusuf: First, I am delighted to hear what happened in Lethbridge. I hope that can be replicated across the country. That would be terrific. I would imagine that the starting point was that these young people educated themselves on what was important. It sunk into their consciousness, and then they were empowered.

We could do much more in our schools if we did four things. First, health education should become a much more integral part of the school curriculum. Second, we should remove the pop machines and so on from the schools. It is already beginning to happen. Many people see that as a conspiracy because these companies fund the school boards, et cetera, but let us not go there. Let us just say that all those arrangements were made at a time when people did not know it was not good. Now we have to roll it back. Third, more activity breaks are needed; and fourth, obviously, change the choice of foods in the cafeterias.

communication, au Canada — pas nécessairement avec la profession médicale mais avec d'autres — pour avoir une influence sur les jeunes dès leur plus jeune âge. Ils regardent la télévision, les bonnes comme les mauvaises émissions, et ils écoutent les messages qui les concernent.

Je dis cela parce que je pense à l'incident qui a secoué ma ville il y a quelque temps. Je viens de Lethbridge, en Alberta. Il y a deux ou trois ans, un groupe d'élèves, accompagnés de quelques professeurs, ont décidé d'aller rencontrer le principal de l'école, dans son bureau, pour l'informer qu'ils boycotteraient la cafétéria tant qu'on y servirait certains aliments qui, je le reconnais, ne figureraient sans doute pas sur votre liste d'aliments sains. Ils ont été très astucieux et se sont montrés très militants.

Cela a causé toute une commotion dans la collectivité car leur intervention avait sans doute été inspirée par ce qu'ils avaient vu ou entendu à la maison ou à la télévision. Mais en même temps, ils agissaient ainsi parce qu'ils voulaient devenir des athlètes, ils voulaient être capables de profiter de toutes les occasions qui s'offriraient à eux, et tout d'un coup ils ont entendu dire que la plupart des aliments qu'ils avaient l'habitude de consommer les conduiraient dans une autre direction.

Est-il important, à votre avis, d'avoir une méthodologie pour communiquer ce genre d'informations? Si nous ne le faisons pas correctement, que se passera-t-il? Cela se fait-il au Canada? On fait de la communication dans toutes sortes de secteurs, mais celui-ci est différent. Nous avons ici un groupe de jeunes qui savent parfaitement bien jusqu'où ils peuvent aller, et qui savent qu'il existe une meilleure façon de faire les choses. Faisons-nous vraiment beaucoup d'efforts dans ce domaine au Canada? Pourrions-nous faire mieux?

Dr Yusuf : Premièrement, je suis ravi d'apprendre ce qui s'est passé à Lethbridge, et j'espère que cet incident se reproduira dans d'autres villes au Canada. Ce serait fantastique. J'imagine qu'au départ, ces jeunes se sont renseignés sur les questions qui leur semblaient importantes, et que, une fois sensibilisés au problème, ils ont décidé d'agir.

Nous pourrions faire bien davantage dans nos écoles, mais il y a quatre conditions préalables. Premièrement, il faudrait que l'éducation sanitaire fasse partie intégrante des programmes scolaires. Deuxièmement, il faudrait retirer des écoles toutes les distributrices de boissons gazeuses, ce que certaines écoles font déjà. D'aucuns y voient une conspiration et disent que ces machines sont là parce que les fabricants financent les commissions scolaires, mais ne nous engageons pas dans ce débat. Disons simplement que ces machines ont été installées à une époque où les gens ignoraient que ce n'était pas bon pour la santé. Maintenant il faut faire marche arrière. Troisièmement, il faut prévoir advantage de périodes d'activité physique. Quatrièmement, il faut bien sûr changer les menus offerts dans les cafétérias.

In Britain, there is a national program. Many years ago, 40 or 50 years back, they used to offer a glass of milk to all the children when under-nutrition was the concern. Today, they have stopped the milk and changed to free apples. They give free apples to all the children, and the children walk around munching apples. These are the types of little things that can be done. Remove the chips and the greasy food. It is the small changes across our society that add up to big changes. The analogy I use is that to climb to the top of this building — I do not know how many floors there are — it is one step at a time. It is all those little things that add up.

The Chair: My old friend, you are making me very uncomfortable because the director of my operations — I always forget her appropriate title — the woman who runs everything in my office, walks the nine flights up to my office every day, and I cannot even walk down with her, let alone up.

Dr. Yusuf: Get her to train you.

Senator Fairbairn: Thank you very much for those comments. In this case, it was not that some great opportunity had been carefully thought out as a way to see what would happen. That was not the way it happened. The young people listened and watched beyond, perhaps, what the adults thought they would, and it came as a bit of a shock.

Dr. Yusuf: That is a nice story that needs to be replicated across the country. Stories are just as powerful as data.

Senator Callbeck: Dr. Yusuf, you said that much of what has been described is likely to apply to the prevention of other conditions, such as arthritis and breast cancer. To what are you referring?

Dr. Yusuf: Let us take one cancer that we can relate to easily. Smoking causes about 20 cancers, the most common of which is lung cancer. If you can reduce smoking, you will reduce heart disease, strokes, lung cancer and the 19 other cancers it causes. Fats in foods are related not only to heart disease and obesity but also to breast cancer and colon cancer. The evidence on that is moderate but reasonably powerful.

The breast cancer rates are going down in some countries. Arthritis is fairly obvious. Obese people have more weight on their joints and osteoarthritis is related to people's weight. You could start to see that what you do to improve healthy lifestyles does not affect only heart disease because it could also affect cancers, diabetes and the most common forms of arthritis.

Curiously, I found a paper last week that indicated that some genes that increase the risk of heart disease also increase the risk of diabetes. The surprise was that those genes also increase the

En Grande-Bretagne, ils ont mis en place un programme national. Il y a 40 ou 50 ans, ils offraient un verre de lait à tous les enfants souffrant de malnutrition. De nos jours, ils ne donnent plus de lait mais offrent une pomme à tous les enfants. Les enfants se baladent en croquant leur pomme. Voilà le genre de petites choses que l'on peut faire. Il faut supprimer les croustilles et les aliments pleins de gras. C'est avec des petites choses qu'on arrive à opérer de grands changements dans la société. Je vais vous donner un exemple bien simple : combien y a-t-il d'étages dans cet édifice? Eh bien, c'est en grimpant chaque marche d'escalier qu'on arrive au sommet de l'édifice. Chaque petite chose s'ajoute.

Le président : Cher ami, vous me mettez mal à l'aise, car la directrice de mon bureau, je ne me souviens jamais de son titre exact, enfin la personne qui dirige mon bureau, eh bien elle monte chaque jour les neuf étages qui conduisent à mon bureau, et moi, je ne suis même pas capable de les descendre avec elle, alors imaginez si je devais les monter!

Dr Yusuf : Demandez-lui de vous entraîner!

Le sénateur Fairbairn : Merci beaucoup de vos réponses. Dans cette histoire, les jeunes ne cherchaient pas à faire une action spectaculaire pour voir ce qui arriverait, je ne le pense pas. Je crois plutôt qu'ils ont été attentifs aux messages qu'ils avaient reçus, et qu'ils ont décidé d'aller plus loin que les adultes ne pensaient qu'ils iraient, et c'est ça qui a vraiment étonné tout le monde.

Dr Yusuf : C'est une belle histoire qui, j'espère, se répétera dans d'autres villes du pays. Les histoires ont autant d'impact que les chiffres.

Le sénateur Callbeck : Docteur Yusuf, vous avez dit que les mesures que vous préconisez s'appliquent également à la prévention d'autres maladies, comme l'arthrite et le cancer du sein. À quoi pensez-vous, plus précisément?

Dr Yusuf : Prenons l'exemple d'un cancer qui nous est familier. Le tabac cause une vingtaine de cancers, le plus courant étant le cancer du poumon. Si on réduit le tabagisme, on réduit la fréquence des maladies cardiaques, des accidents cardiovasculaires, du cancer du poumon et de 19 autres cancers. Le gras des aliments est lié non seulement aux maladies cardiaques et à l'obésité mais aussi au cancer du sein et au cancer du colon. Nous disposons d'un nombre limité de données là-dessus, mais elles sont raisonnablement convaincantes.

Le taux de cancers du sein est en diminution dans certains pays. S'agissant de l'arthrite, la question est simple : chez les gens obèses, les articulations doivent supporter des surcharges pondérales, et l'arthrose est liée à l'excès de poids. Et on commence à se rendre compte qu'en adoptant des habitudes plus saines, non seulement on améliore sa condition cardiaque mais on augmente aussi ses chances de ne pas avoir certains cancers, le diabète et certaines formes d'arthrite parmi les plus courantes.

Je lisais justement un article la semaine dernière où on disait que certains gènes qui augmentent les risques de maladies cardiaques augmentent aussi les risques de diabète. Ce qui était

risk of some cancers. At the population level, I told you that some determinants are the same, but if we start to find it at the genetic level, that brings more coherence to the story.

The Chair: We are a few minutes over time, but this is a rare opportunity to have such a witness before the committee. I will ask one more question, if I may.

One of the instruments that will have to be used to promote the concept that you advocate and that we believe in is population health assessments. You are an expert on data and likely the world expert on epidemiological data. You have done more sophisticated studies than anyone else in the world.

We have heard evidence from people who are involved in this work. Can you see, in the short term, the technological capability for ongoing population health assessments in Canada? I know you are aware of the Quebec initiative, but can you see it on a national basis?

Dr. Yusuf: Yes, I believe I can see that on a national basis. Some countries, such as China and India, do repeat samplings of random cross-sections of the population every year, although you do not have to do it every year. Let us imagine that we had simple assessments of 2 per cent of the Canadian population every three years. That will start to give you the trends that are needed with real numbers. We are not talking about 50 per cent or 100 per cent. Such assessments can be regionally sensitive, ethnically sensitive, include the underprivileged, socially disadvantaged people or Aboriginal peoples. With today's technology, it can work out quite well.

Repeat cross-sectional sampling would be a barometer that the nation could use to align its health care needs.

The Chair: Do you think that we can apply technology to monitor regional disparities?

Dr. Yusuf: The same process could happen. Understanding regional disparities will require drilling down and taking two or three of the extremes. As we know, Newfoundland has had the highest rates of obesity, and people in B.C. have the lowest rates. You can study contrasts. Knowing there is a difference in obesity is not good enough because you need to know whether their diets, activity levels, attitudes, et cetera are different. These surveys might have to include more than just weight or blood pressure. You will want a sampling of dietary habits and other factors.

The food industry and grocery stores have excellent statistics on what they sell and where they sell it. If they are willing to share the information in an anonymous fashion, we can find out what people in Halifax are eating from looking at what the stores are selling. There are ways that you can obtain indirect estimates on

surprenant, c'était de lire que ces gènes augmentent aussi les risques de cancer. S'agissant de populations, je vous ai dit tout à l'heure que les déterminants sont les mêmes, mais quand on commence à les trouver au niveau des gènes, tout cela devient plus cohérent.

Le président : Nous avons légèrement dépassé l'heure, mais il est rare que nous ayons un témoin de ce calibre devant notre comité. Si vous le permettez, j'aimerais poser une dernière question.

Pour promouvoir le concept que vous préconisez et auquel nous souscrivons, il faudra procéder à des évaluations de la santé des populations. Vous êtes reconnu de par le monde comme un expert en données épidémiologiques. Vous avez fait toutes sortes d'études très pointues, beaucoup plus que quiconque.

Nous avons entendu des témoins qui travaillent dans ce domaine. Pensez-vous qu'à court terme, nous aurons la capacité technologique de faire ce genre d'évaluations au Canada? Vous êtes au courant de l'initiative prise par le Québec, mais pensez-vous qu'on pourra en faire autant au niveau national?

Dr Yusuf : Oui, je pense que c'est possible. Certains pays, comme la Chine et l'Inde, font des échantillonnages aléatoires répétés de la population chaque année, mais il n'est pas nécessaire de le faire aussi souvent. Supposons que nous fassions une simple évaluation de 2 p. 100 de la population canadienne tous les trois ans. Cela nous donnera déjà une bonne idée des tendances, avec des chiffres. On ne parle pas ici de 50 p. 100 ou de 100 p. 100. De telles évaluations peuvent viser plus particulièrement certaines régions, certains groupes ethniques, inclure les personnes défavorisées, les groupes marginaux et les Autochtones. Avec la technologie dont on dispose actuellement, c'est tout à fait possible.

Des échantillonnages répétés permettraient au Canada de mieux connaître ses besoins en matière de soins de santé.

Le président : Pensez-vous que la technologie puisse nous aider à atténuer les disparités régionales?

Dr Yusuf : On pourrait procéder de la même façon. Pour mesurer les disparités régionales, il faudrait faire des sondages en profondeur et prendre deux ou trois cas de chaque extrême. Nous savons que c'est à Terre-Neuve qu'on trouve les taux d'obésité les plus élevés, et en Colombie-Britannique qu'on trouve les taux les plus faibles. On peut étudier ces contrastes. Il ne suffit pas de savoir que les taux sont différents, il faut essayer de comprendre pourquoi, et voir si c'est le régime alimentaire, le niveau d'activité, les habitudes de vie, et cetera, qui sont différents. Pour faire ces évaluations, vous aurez peut-être besoin d'étudier les habitudes alimentaires et d'autres facteurs, en plus de mesurer le poids et la pression artérielle.

Le secteur agroalimentaire et les magasins d'alimentation ont d'excellentes statistiques sur ce qu'ils vendent et où ils le vendent. S'ils étaient disposés à nous communiquer leurs données de façon anonyme, nous pourrions connaître les habitudes alimentaires des habitants de Halifax à partir de ce que les commerces vendent. Il y

national and regional consumption. I am sure that if the government were to do it in such a way that no trade secrets were given out, people would cooperate.

The Chair: Again, thank you for giving us your time.

The committee continued in camera.

OTTAWA, Wednesday, April 9, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:15 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

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

[*English*]

The Chair: We have a number of witnesses this afternoon. We do not want to waste any time because we have to vacate the room at six o'clock.

We are delighted to have Dr. Sonia Anand here. She is a wonderful scientist and has done excellent publications out of McMaster University.

Dr. Anand works closely with Dr. Salim Yusuf and is a real authority on women's health. She is the Eli Lilly Canada/May Cohen Chair in Women's Health research and has been awarded the CIHR, Canadian Institutes of Health Research, Clinician Scientist Phase 2 Award, among others.

Dr. Sonia Anand, Associate Professor, Department of Medicine, McMaster University: Thank you for inviting me here today.

For the past 10 years, I have been involved first, as a clinician seeing patients with heart disease, obesity and diabetes and, then as a researcher trying to understand why certain people get those conditions within Canada. Also, I have been closely involved in trying to understand why different ethnic groups in Canada — people who originate from India, China, as well as Aboriginal peoples — seem to have a higher rate of heart disease and Type 2 diabetes.

I begin with my first slide showing a quote from Sir Geoffrey Rose, the father of cardiovascular disease prevention. He said:

> A radical approach aims to remove the underlying impediments to healthier behaviour . . . . the first or medical approach is important, but only the social and political approach confronts the root causes.

a des moyens d'obtenir des estimations indirectes de la consommation au niveau national et au niveau régional. Je suis sûr que, si le gouvernement leur garantissait la confidentialité des informations données, les fabricants seraient prêts à collaborer.

Le président : Encore une fois, je vous remercie d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

OTTAWA, le mercredi 9 avril 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit ce jour à 16 h 15 pour examiner, afin d'en faire rapport, l'impact des facteurs et conditions multiples qui contribuent à la santé de la population canadienne — désigné collectivement par les déterminants sociaux de la santé.

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

[*Traduction*]

Le président : La séance est ouverte. Nous attendons plusieurs témoins cet après-midi. Nous ne voulons pas gaspiller de temps, car nous devons libérer la salle à 18 heures.

Nous sommes ravis de recevoir la Dre Sonia Anand. Elle est une merveilleuse scientifique de l'Université McMaster et l'auteure d'excellentes publications.

La Dre Anand travaille en collaboration étroite avec le Dr Salim Yusuf et est une réelle autorité dans le domaine de la santé des femmes. Elle est titulaire de la Chaire Eli Lilly Canada/May Cohen de recherche en santé des femmes et récipiendaire de la bourse de clinicien-chercheur de phase 2 des IRSC, les Instituts de recherche en santé du Canada, entre autres.

Dre Sonia Anand, professeure associée, Département de médecine, Université McMaster : Merci de m'avoir invitée aujourd'hui.

Au cours des 10 dernières années, j'ai exercé comme clinicienne traitant des patients atteints de maladie cardiaque, d'obésité et de diabète puis, comme chercheuse cherchant à comprendre les raisons pour lesquelles certaines personnes sont touchées par ces affections au Canada. En outre, je me suis efforcée de comprendre pourquoi différents groupes ethniques du Canada — les personnes originaires de l'Inde, de la Chine, ainsi que les Autochtones — semblent connaître un taux supérieur de maladies cardiaques et de diabète de type 2.

Je commencerai avec ma première diapositive montrant une citation de sir Geoffrey Rose, le père de la prévention cardiovasculaire. Voici ce qu'il dit :

> Une démarche radicale consisterait à supprimer tous les obstacles à un comportement sain... la première démarche, la démarche médicale, est importante, mais seule la démarche sociale et politique s'attaque aux causes profondes du problème.

As a scientist, at first, this came to me as a surprise. I always assumed that the biology would explain the disease and, once we treated biology, the disease would go away. However, more and more as I work in the field, I understand that, while individual lifestyle changes are important, it is really the broader social determinants and social environment in which people live that have impacts on who will develop risk factors for heart disease, such as obesity and diabetes, and who will ultimately develop heart disease.

My colleague, Dr. Yusuf, must have spent time last week going over the global burden of heart disease. I show slide 2 to make the point that cardiovascular disease, which means heart attack and stroke, is still the leading cause of death in Canada and around the world. By the year 2020, we expect a global epidemic of heart disease and stroke, primarily due to the large increase in this condition within developing countries. These countries typically did not develop chronic diseases because people would not live that long. However, now, as life expectancy is increasing around the world, cardiovascular disease will continue to be a problem.

Within Canada, it will also remain a problem because the Canadian population, on one hand, is good — we are all living longer — but older people will tend to develop cardiovascular disease. The other threat to why our cardiovascular disease rates will not go down is that obesity rates are increasing in Canada. Obesity is a major cause of type 2 diabetes or adult-onset diabetes and that is a major risk factor for heart disease.

If you look on page 3 where I show what has happened in terms of the reduction in heart disease in Canada since the 1950s until the present, you can see we expect the curves for men and women to plateau, not to continue to decrease. We would like to see them continue to decrease. They will plateau, if not rise, because of the aging population and also because of the epidemic of obesity and diabetes that we will face and are facing now.

In slide 4, I show briefly the prevalence of risk factor — the burden of a particular risk factor in a population. You will see "physical activity" and "overweight" are present in almost half of the Canadian population. Again, this points to the fact that, although we have made great gains in reducing things such as tobacco exposure and smoking, we still currently face the problems of overweight, obesity and physical inactivity.

Comme scientifique, cela m'a surprise à première vue. J'avais toujours pensé que la biologie expliquerait la maladie et qu'une fois que l'on traiterait la cause biologique, la maladie disparaîtrait. Cependant, plus je travaille dans ce domaine et plus je me rends compte que si les modifications du mode de vie individuel sont importantes, ce sont réellement les déterminants sociaux plus larges et l'environnement social dans lequel vivent les gens qui déterminent qui acquerra les facteurs de risque de maladie cardiaque, tels que l'obésité et le diabète, et qui finira par être atteint de la maladie.

Mon collègue, le Dr Yusuf, a passé pas mal de temps la semaine dernière à expliquer le fardeau mondial que représentent les maladies cardiaques. Dans la diapositive 2 j'indique que les maladies cardiovasculaires, c'est-à-dire les crises cardiaques et attaques cérébrales restent la principale cause de décès au Canada et dans le monde. D'ici 2020, nous nous attendons à une épidémie planétaire de maladies cardiaques et d'accidents cérébrovasculaires, principalement en raison d'une forte augmentation de leur fréquence dans les pays en développement. Ces populations ne développaient typiquement pas de maladies chroniques parce qu'elles ne vivaient pas assez longtemps. Cependant, maintenant que l'espérance de vie augmente partout dans le monde, les maladies cardiovasculaires continueront d'être un problème.

Elles resteront également un problème au Canada parce que la population canadienne vieillit — d'une part, c'est bien, car nous vivons tous plus longtemps — et parce que les personnes âgées tendent à développer des maladies cardiovasculaires. L'autre raison faisant que nos taux de maladies cardiovasculaires ne vont pas baisser est le fait que les taux d'obésité au Canada augmentent. L'obésité est une cause majeure du diabète de Type 2, ou diabète de la maturité, lui-même un important facteur de risque de maladie cardiaque.

Si vous regardez à la page 3 où je montre la courbe de réduction des maladies cardiaques au Canada depuis les années 1950 jusqu'à aujourd'hui, vous pouvez voir que nous nous attendons à ce que la courbe, tant pour les hommes que les femmes, atteigne un plateau et ne continue pas de décroître. Nous aimerions continuer à voir une décroissance. Mais le nombre des décès va atteindre un plateau, voire grimper, à cause du vieillissement de la population et aussi à cause de l'épidémie d'obésité et de diabète que nous connaîtrons et connaissons déjà.

Dans la diapositive 4, je montre brièvement la prévalence des facteurs de risque — le fardeau d'un facteur de risque particulier dans une population. Vous y verrez que « l'inactivité physique » et « la surcharge pondérale » sont présentes chez presque la moitié de la population canadienne adulte. Cela met en lumière le fait que, si nous avons réalisé de grands progrès sur le plan de la réduction du tabagisme et de l'exposition au tabac, nous sommes actuellement aux prises avec les problèmes du surpoids, de l'obésité et de la sédentarité.

The fourth line shows the percentage of people who consume less than the recommended number of fruits and vegetables per day, affecting two-thirds of the population. The recommended number of servings per day is five fruits or vegetables, which is not easy to attain even for those who try actively.

These are important risk factors, not only for cardiovascular disease, which is my discipline, but also for cancer. Cardiovascular disease and cancer are the leading chronic diseases within Canada and, by the year 2020, it is likely that cancer will overtake cardiovascular disease as the leading cause of death.

The more we understand the common risk factors for both cardiovascular disease and cancer, the better we will be able to try to prevent this epidemic.

On page 4, you will see in the graphic a breakdown of the prevalence or the burden of heart disease and stroke by ethnic group. About 10 years ago, we were funded by the Canadian Institutes of Health Research to conduct a random population-based study in which we recruited people of south Asian origin from India, of Chinese origin, European Canadians and then I worked with the Six Nations people on their reserve near Hamilton and conducted the identical study there. We observed that there are large differences in the burden of risk factors as well as heart disease and stroke between ethnic communities. Clearly, people originating from India will be the leading non-white immigrant group within Canada, as well as Aboriginal people who have between two and four times the burden of heart disease compared to the other groups.

While we can take comfort in the fact that the rates of heart disease have dropped in some groups, they are high and climbing in others. Any population-based strategy that we come forth with must include some of the culturally sensitive population-based approaches because we aim to be inclusive in terms of our prevention strategies. On page 5, you will see that one of the biggest differences we have observed between the ethnic groups was the prevalence of obesity. We are learning that it is not so much what one's body weight is as opposed to where the body fat may be distributed. I call it the Canadian tire, the ring of fat around the middle. Anybody who has a Canadian tire should see that as a sign that they are at risk of developing diabetes and heart disease. While people of Chinese or south Asian origin might look small to you by body size, if they have abdominal obesity, which they do have in a high percentage, they are at risk of heart disease. Our south Asian population and our Aboriginal people have between 25 per cent and 50 per cent of people with abdominal obesity. One of our major targets here must be to try to prevent that over the next 10 to 20 years.

In my work with the Aboriginal community, I went in as a scientist trying to understand whether it is diabetes or smoking in terms of the main causes. When I put all the factors together in my statistical models, the single most important factor that emerged in terms of the predictor of who would develop heart

La quatrième ligne montre le pourcentage des personnes consommant moins que la quantité recommandée de fruits et de légumes par jour, soit les deux tiers de la population. Le chiffre recommandé est de cinq portions de fruits ou de légumes par jour, ce qui n'est pas facile à atteindre même pour ceux qui le recherchent activement.

Ce sont là d'importants facteurs de risque, non seulement de maladies cardiovasculaires, ma discipline, mais aussi de cancer. Les maladies cardiovasculaires et le cancer sont les principales maladies chroniques au Canada et, d'ici 2020, il est probable que le cancer passera devant les maladies cardiovasculaires comme première cause de décès.

Mieux nous comprendrons les facteurs de risque communs tant aux maladies cardiovasculaires qu'au cancer et mieux nous serons en mesure de prévenir cette épidémie.

À la page 4, vous verrez dans le graphique une ventilation de la prévalence ou du fardeau des maladies cardiovasculaires par groupes ethniques. Il y a 10 ans environ, nous avons reçu des crédits des Instituts de recherche en santé du Canada afin de conduire une étude sur des échantillons aléatoires de population pour laquelle nous avons recruté des personnes d'origine sud-asiatique venant d'Inde, d'origine chinoise, des Canadiens européens, puis j'ai travaillé avec des membres des Six Nations dans leur réserve près de Hamilton et ai mené une étude identique là-bas. Nous avons observé d'importantes différences dans la prévalence des facteurs de risque, ainsi que dans la fréquence des maladies cardiovasculaires, entre groupes ethniques. À l'évidence, les personnes originaires d'Inde sont le groupe d'immigrants non blancs les plus touchés au Canada, avec les Autochtones qui connaissent un taux de maladies cardiovasculaires entre deux et quatre fois plus grand que les autres groupes.

Si l'on peut être rassuré par le fait que les taux de maladies cardiaques ont baissé dans certains groupes, ils sont élevés et en hausse dans d'autres. Toute stratégie axée sur la population devra comprendre des démarches culturellement sensibles, car nous voulons que nos stratégies de prévention soient inclusives. À la page 5, vous verrez que la prévalence de l'obésité est l'une des plus grandes différences que nous avons observées entre les groupes ethniques. Nous apprenons que ce n'est pas le poids absolu qui compte le plus, mais plutôt la localisation de l'adiposité. J'appelle cela le « pneu canadien », la couronne de graisse autour de l'abdomen. Quiconque porte un « pneu canadien » devrait y voir un signe de risque de diabète et de maladie cardiaque. Alors que les personnes d'origine chinoise ou sud-asiatique peuvent vous sembler de petite taille, s'ils présentent une obésité abdominale, ce qui est fréquent dans ce groupe, elles sont exposées au risque de maladie cardiaque. Notre population sud-asiatique et autochtone compte entre 25 et 50 p. 100 de personnes présentant une obésité abdominale. L'un de nos principaux objectifs ici doit être d'essayer de prévenir cela au cours des 10 à 20 prochaines années.

Dans mon travail avec la collectivité autochtone, j'ai cherché à comprendre, d'un point de vue scientifique, si le diabète ou le tabagisme représentent l'une des causes principales. Lorsque j'ai combiné tous les facteurs dans mes modèles statistiques, le plus important prédicteur de maladie cardiaque à émerger est un faible

disease was having a low household income. Those people on the reserve who received less than $20,000 annual income had the highest potential to develop heart disease. Although you might say that poor people tend to have more risk factors, even after taking into account the disproportional number of risk factors they have, people who lived in poverty still had higher rates of disease. Although we may target individual risk factors, unless we address the broader context of certain groups and the communities in which they live, we will not make much progress in terms of prevention of disease. For people in communities such as the Six Nations and other Aboriginal communities, as long as they continue to live in poverty, the rates of chronic diseases will remain high.

Often people ask whether diet can explain differences in groups. We found that the group with the best diet were of Chinese origin. They tend to eat fruits and lightly cooked vegetables — not stewed but steamed vegetables in frequency. They ate fats, but unsaturated fats, and they tended to eat more protein than carbohydrates, whereas south Asians tended to eat more carbohydrates and not as much protein. Aboriginal people had a very high intake of saturated and trans fats, such as lard, desserts, sweets, pizza and other fast foods.

While that information leads some to say that Aboriginal people should eat better or we should educate south Asian people, this business of what people eat has to move beyond blaming the individual or expecting an individual to make changes. I went on to the Six Nations reserve again with a CIHR-funded study and randomized different households to have a health counsellor of Aboriginal origin visit them once a week and tell them what they should eat and how they should exercise, compared to simply giving them *Canada's Food Guide* thinking it would make a difference. At the end of the study, there was no impact despite raising the level of knowledge about what people should eat.

I could tell a family to start eating more fruits and vegetables, but they would tell me: "I have to drive off reserve to get them; they are the most expensive things to buy; they go bad quickly; and I am better off buying lots and lots of Kraft Dinner because I can afford it and it is easy to store." It is the same thing for physical activity on the reserve: "There is no sidewalk and there are threats of wild dogs and crime." People cannot exercise and they cannot eat properly if their community or environment constrains them.

As we move forward to try to develop a population strategy to prevent obesity, we have to move beyond telling individuals how they should behave. We have to design communities in such a way that it makes it easy for people to walk and to go to the grocery store without driving to buy healthy foods at a low price. Currently, it is the other way — you can buy fast food and feel full for $3 to $4 and that is what people do as the default.

revenu familial. Les habitants des réserves disposant d'un revenu annuel inférieur à 20 000 $ connaissent la plus forte probabilité de maladie cardiaque. Alors que l'on peut penser que les pauvres tendent à présenter davantage de facteurs de risque, même en tenant compte du nombre disproportionné des facteurs de risque présents chez ces personnes, les pauvres connaissent néanmoins des taux de maladies supérieurs. Même si nous ciblons les facteurs de risque individuels, nous ne réaliserons guère de progrès sur le plan de la prévention de la maladie si nous négligeons le contexte plus large dans lequel vivent certains groupes et communautés. Les membres de collectivités telles que les Six Nations et d'autres communautés autochtones souffriront de taux de maladies chroniques élevés aussi longtemps qu'ils vivront dans la pauvreté.

Souvent, on nous demande si le régime alimentaire peut expliquer les différences entre groupes. Nous avons constaté que le groupe ayant le meilleur régime alimentaire sont les Chinois. Ils tendent à manger des fruits et des légumes légèrement cuits — non pas bouillis mais cuits à la vapeur. Ils mangent des matières grasses, mais non saturées, et ils tendent à manger plus de protéines que d'hydrates de carbone, alors que les Sud-Asiatiques tendent à manger plus d'hydrates de carbone et moins de protéines. Les Autochtones ont une très forte consommation de gras saturés et trans, tels que saindoux, desserts, sucreries, pizzas et autres aliments prêts à manger.

Alors que ces renseignements incitent d'aucuns à dire que les Autochtones devraient manger mieux ou qu'il faudrait sensibiliser les Sud-Asiatiques, on ne peut se contenter de blâmer les individus ou escompter qu'ils changent leurs habitudes. Je suis retournée à la réserve des Six Nations dans le cadre d'une étude financée par les IRSC et ai constitué différents échantillons aléatoires de ménages auxquels un conseiller en hygiène autochtone rendait visite une fois par semaine pour leur dire quoi manger et quels exercices physiques faire, alors de simplement leur remettre le *Guide alimentaire canadien*, pensant que cela ferait une différence. À la fin de l'étude, nous n'avons constaté aucun effet, en dépit d'une meilleure connaissance chez les sujets de ce qu'il faudrait manger.

J'avais beau dire à une famille de manger davantage de fruits et de légumes, on me répondait : « Je dois sortir de la réserve pour en trouver; c'est ce qui coûte le plus cher; ils tournent vite; il est plus facile d'acheter de grosses quantités de dîners Kraft parce que c'est moins cher et plus facile à conserver ». C'est la même chose pour l'activité physique dans les réserves : « Il n'y a pas de trottoir pour se promener, il y a des chiens sauvages et de la criminalité ». Les gens ne peuvent prendre d'exercice et ne peuvent manger correctement si leur collectivité ou leur milieu ne sont pas propices.

Si nous voulons élaborer une stratégie de prévention de l'obésité, nous ne pouvons nous contenter de dire aux individus comment se comporter. Nous devons concevoir les collectivités de telle manière qu'il soit facile pour les gens de marcher et de se rendre à l'épicerie sans prendre la voiture et qu'ils y trouvent des aliments sains à bas prix. À l'heure actuelle, c'est l'inverse : vous pouvez acheter des aliments prêts à manger et vous sentir rassasié

Thinking of a broad strategy, community engineering will have a greater impact in obesity prevention than will asking individuals to make lifestyle changes.

When I reflected on the ideal population health strategy, the three risk factors that come to mind are: prevention of obesity; changing dietary intake by changing food availability, taxation, et cetera; and maintaining our stringent policy against tobacco use. We can learn a lot from the successes that have occurred from the prevention of tobacco use in Canada. We are proud to go around the world and show off our policy on tobacco control and how successful we have been. We made high-level policy changes that led to reductions in cigarette smoking and that was taxation. We can learn from that in terms of obesity prevention.

What are the systemic strategies that I might recommend? The ideal public health strategy would be one that does not consider individual risk factors in isolation.

For example, in Canada, we have a diabetes surveillance and prevention strategy, an obesity prevention strategy and a tobacco strategy, but none of these groups talk to each other. When we think about how to prevent heart disease and the nine risk factors that cause it, we, as clinicians and researchers, must go to each one of the strategies and try either to get them to crosstalk, which is difficult, or to divide and conquer. At this level, if a recommendation could be made that we need to coordinate across disease and risk factor strategies to have one coordinated strategy against disease, it would do more good than what is currently happening.

On page 7 is a slide that shows how resources are currently divided between treatment and prevention. If we think of cardiovascular disease, heart attack and stroke, and if you look at all of the millions of dollars that are devoted towards taking care of people with cardiovascular disease, you can see that 95 per cent of our resources go to the treatment of people who have risk factors or who have already suffered the disease. That is important. We never turn away a patient with symptoms or a person with the disease, but you can see that only 5 per cent of our dollars go toward preventing the disease. Prevention of risk factors such as obesity, poor diet and smoking will do more good to prevent cardiovascular disease than all of the money that goes toward treatment.

I often hear in the news and from various governments that we are working on a prevention policy, but that has been lip service to date because it has been under-resourced. Even within Ontario, the Ministry of Health Promotion is relatively under-resourced compared to all the other ministries. They cannot actually do anything. Therefore, prevention is not happening in Canada. Again, we must look at the broad determinants of health and then

pour 3 $ ou 4 $, et c'est ce que les gens font à défaut de mieux. Du point de vue d'une stratégie globale, l'ingénierie communautaire aura plus d'effet dans la prévention de l'obésité que de demander aux individus de changer de mode de vie.

En réfléchissant à une stratégie de santé publique idéale, les trois grandes mesures venant à l'esprit sont la prévention de l'obésité, la modification de l'apport alimentaire, par le biais d'une meilleure disponibilité d'aliments, la fiscalité, et cetera.; et la poursuite d'une politique rigoureuse contre le tabagisme. Nous pouvons tirer beaucoup de leçons du succès de la prévention du tabagisme au Canada. Nous sommes fiers de pouvoir étaler à l'étranger notre politique de lutte contre le tabagisme et sa réussite. Nous avons apporté les changements de politique à haut niveau qui ont amené une réduction de la consommation de cigarettes, et c'était sous forme de taxation. Nous pouvons nous en inspirer pour la prévention de l'obésité.

Quelle stratégie systémique recommanderais-je? La stratégie de santé publique idéale n'agirait pas sur les facteurs de risque individuels de manière isolée.

Par exemple, au Canada, nous avons une stratégie de surveillance et de prévention du diabète, une stratégie de prévention de l'obésité et une stratégie antitabac, mais aucun de ces groupes ne parle aux autres. Lorsque nous réfléchissons à la façon de prévenir les maladies cardiaques et les neuf facteurs de risque qui les causent, nous, en tant que cliniciens et chercheurs, devons nous adresser aux responsables de chacune de ces stratégies et soit essayer de les amener à dialoguer, ce qui est difficile, soit diviser et conquérir. De ce point de vue, si une recommandation pouvait être faite disant qu'il faut une coordination entre les stratégies portant sur les différentes maladies et facteurs de risque, de façon à n'avoir qu'une seule stratégie coordonnée contre la maladie, ce serait plus efficace que ce que nous faisons actuellement.

À la page 7, vous voyez une diapositive montrant comment les ressources sont actuellement réparties entre le traitement et la prévention. Si vous prenez les maladies cardiovasculaires, soit crises cardiaques et accidents cérébrovasculaires, et considérez les millions de dollars consacrés à soigner ceux qui en sont atteints, vous pouvez voir que 95 p. 100 de nos ressources vont au traitement des personnes présentant des facteurs de risque et déjà atteintes de la maladie. C'est important. Nous ne refusons jamais de traiter un patient ayant des symptômes ou la maladie, mais vous pouvez voir que seuls 5 p. 100 de nos ressources sont consacrées à la prévention de la maladie. La prévention des facteurs de risque tels que l'obésité, une mauvaise alimentation et le tabagisme feront plus pour lutter contre les maladies cardiovasculaires que tout l'argent consacré à leur traitement.

J'entends souvent dire dans les médias et de la part des divers gouvernements que l'on travaille sur une politique de prévention, mais jusqu'à présent il ne s'agit que de paroles, car les ressources ne suivent pas. Même en Ontario, le ministère de la Promotion de la santé manque relativement de ressources comparé à tous les autres ministères. Il ne peut pas réellement agir. Par conséquent, la prévention laisse à désirer au Canada. Encore une fois, il faut

create a strategy that leads to a coordinated prevention at a very high level for many cardiovascular risk factors to make gains in cardiovascular disease prevention.

There is some good news. There are some partnerships occurring across the country and Dr. Keon and I are involved in one of them. It is called the Canadian Heart Health Strategy, which is trying to coordinate across prevention strategies, detection strategies and treatment strategies to come up with a national policy or strategy to control cardiovascular disease. At the same time, there is the Canadian Partnership Against Cancer, which has recently given $40 million toward creating a large study across Canada to prevent cancer. Those two communities, namely cardiovascular disease and cancer, are now talking. We can therefore pool resources and come up with a large approach or infrastructure to understand the common causes of cardiovascular disease and cancer, which will then lead to some coordinated prevention approaches.

I will end with another quote from Geoffrey Rose who said that, "Much can be done by individuals themselves to improve their own health prospects, but whether or not they will actually take such action depends substantially on economic and social structures for which governments are responsible."

In conclusion, I believe anything you can do to influence, at a high level, community-level strategies that can make it easy for individuals to make the lifestyle changes they need to prevent obesity will be time and money well spent. I will stop there and am open to any questions you might have.

The Chair: Thank you, Dr. Anand. It is always delightful to hear you.

When I was actively practising medicine, sometimes the patients would post-operatively ask me about diet. I would jokingly say, "Eat Chinese food and drink red wine." I would then send them to the dietician to get proper counselling.

That brings me to the question of where alcohol and, in particular red wine, fits in the agenda at this point in time. There is a mixed approach because of the problem of alcoholism and its recommendation as a form of therapy. I know where you stood about a year ago because I heard you speak then, but I have not heard you since. Where do you stand on that issue now?

Dr. Anand: As you know, in many studies the lack of alcohol intake is a risk factor for heart disease. To flip that around, moderate alcohol intake seems to protect against heart attack. It is a complex issue. As a physician, I never recommended to a non-

considérer les grands déterminants de la santé et forger une stratégie produisant une prévention, coordonnée à un très haut niveau, des nombreux facteurs de risque cardiovasculaire pour réaliser de réels progrès en matière de prévention des maladies cardiovasculaires.

Il existe quelques bonnes nouvelles. Des partenariats se forment à travers le pays et le Dr Keon et moi-même participons à l'un d'eux. Il s'agit de ce que l'on appelle la Stratégie canadienne de santé cardiaque, qui cherche à coordonner les stratégies de prévention, les stratégies de dépistage et les stratégies thérapeutiques en vue de parvenir à une politique ou stratégie nationale de contrôle des maladies cardiovasculaires. Parallèlement, il existe le partenariat canadien contre le cancer, qui vient de recevoir 40 millions de dollars pour mener une vaste étude pancanadienne sur la prévention du cancer. Ces deux ensembles, soit tous ceux qui luttent contre les maladies cardiovasculaires et le cancer, commencent à se concerter. Nous pouvons, par conséquent, mettre en commun les ressources et mettre au point une vaste démarche ou infrastructure afin de comprendre les causes communes des maladies cardiovasculaires et du cancer, ce qui débouchera sur quelques approches coordonnées de la prévention.

Je terminerai sur une autre citation de Geoffrey Rose : « Les individus peuvent faire beaucoup par eux-mêmes pour améliorer leurs perspectives de santé, mais toute initiative en ce sens de leur part sera tributaire des structures économiques et sociales mises en place par les pouvoirs publics ».

En conclusion, je pense que tout ce que vous pourrez faire pour influencer, d'en haut, les stratégies au niveau communautaire susceptibles de faciliter les changements de mode de vie requis pour prévenir l'obésité sera une dépense de temps et d'argent utile. Je vais m'arrêter là pour répondre aux questions que vous pourriez avoir.

Le président : Merci, docteure Anand. C'est toujours un grand plaisir de vous écouter.

Lorsque j'exerçais activement la médecine, les patients, après une opération, me posaient parfois des questions sur l'alimentation. Je leur répondais en plaisantant : « Mangez de la cuisine chinoise et buvez du vin rouge ». Je les envoyais ensuite se faire conseiller par un diététicien.

Cela m'amène à la question de savoir quelle est la place de l'alcool et, en particulier du vin rouge, dans le programme d'action aujourd'hui. L'approche est un peu mitigée à cause des problèmes de l'alcoolisme et de la recommandation d'en boire à titre thérapeutique. Je sais quelle était votre position il y a un an environ, car je vous ai entendu en parler alors, mais je ne vous ai pas entendue depuis à ce sujet. Quelle est votre position maintenant?

La Dre Anand : Comme vous le savez, de nombreuses études montrent que la non-consommation d'alcool est un facteur de risque de maladie cardiaque. Pour inverser la proposition, une consommation modérée d'alcool semble protéger contre une

drinker to begin drinking because it can become a slippery slope and result in social discord, injury, accidents, et cetera.

For people who were drinking moderately, I said that is probably a good thing. However, I must take that into consideration now, based on a report that came from the World Health Organization about six months ago about nutrition recommendations for chronic diseases. Although moderate alcohol intake protects against heart disease, it may be a risk factor for some cancers. Again, it is a slippery slope to recommend across the board that drinking alcohol is okay. It has been associated with both colon cancer and breast cancer. It is difficult. At the end of the summary report, the recommendation was that two to three drinks per week is probably okay, but it is no guarantee.

The Chair: Has there been any data unfolded in sorting out, for example, scotch in association with that?

Dr. Anand: It is the effect of alcohol as opposed to a type of alcohol. Some people would say that wine is superior to spirits, which is superior to beer. It appears to be an alcohol effect. We never choose beer as the optimal number one choice because of the calories associated with it. The tie is between scotch and hard liquors and wines. There is a theory, which is not proven, that the tannic acid in red wine adds to the protective effect but it appears to be just an alcohol effect.

The Chair: If we have time at the end, I want to come back to talk to you about ethnicity. It is easy, for example, with 500,000 Chinese in downtown Toronto but East Indians are more scattered.

Senator Pépin: Thank you for coming here today. I have been reading your document and listening to you. I believe there are as many women as men suffering from heart attacks, but is it the same percentage that we have with the other sicknesses? Do women have the same percentage or risk to become as seriously sick as men?

Dr. Anand: Yes. In many studies now, we know that the risk factors for heart disease in men are the same as in women. Women do not have a separate type of risk factor. Smoking, high blood pressure and diabetes are common to both men and women. The difference is that men develop heart disease, on average, 10 years earlier than women. Women tend to become like men in their risk factor profile after menopause. It is really between ages 55 and 60 where women become a higher risk as opposed to men where that is more between ages 40 and 50. It appears to be more dramatic because a young man is struck with heart disease. Women will get it; it is just 10 years later.

Senator Pépin: When I was a student nurse, few women suffered from heart attacks. Perhaps it is because of our lifestyle change. Women were working at home and not outside the home

attaque cardiaque. C'est un sujet complexe. En tant que médecin, je n'ai jamais recommandé à un non-buveur de commencer à boire, car cela peut devenir une pente glissante et causer la discorde sociale, des blessures, des accidents, et cetera.

Aux gens qui boivent modérément, je dis que c'est probablement une bonne chose. Cependant, je dois reconsidérer maintenant, du fait d'un rapport de l'Organisation mondiale de la santé publié il y a six mois environ formulant des recommandations nutritionnelles relativement aux maladies chroniques. Bien qu'une prise d'alcool modérée protège contre les maladies cardiaques, ce peut être un facteur de risque pour certains cancers. Encore une fois, c'est une pente glissante que de recommander en bloc la consommation d'alcool. Ce dernier a été associé et au cancer du colon et au cancer du sein. C'est difficile. La conclusion de ce rapport sommaire est que deux ou trois verres par semaine sont probablement une bonne chose, mais ce n'est pas une garantie.

Le président : Dispose-t-on de données nouvelles isolant, par exemple, le rôle du scotch à cet égard?

La Dre Anand : C'est l'effet de l'alcool par opposition à un type d'alcool particulier. D'aucuns diraient que le vin est supérieur aux eaux-de-vie, qui sont supérieures à la bière. Ce semble être un effet de l'alcool. Nous ne recommandons jamais la bière comme choix optimal à cause des calories qu'elle contient. Le rapport est entre le scotch et les eaux-de-vie et le vin. Il existe une théorie, qui n'est pas prouvée, que l'acide tannique du vin rouge renforce l'effet protecteur, mais il semble bien que ce soit un simple effet de l'alcool.

Le président : S'il nous reste du temps à la fin, j'aimerais vous parler de l'ethnicité. C'est facile, par exemple, avec 500 000 Chinois au centre-ville de Toronto, mais les Indiens d'Asie sont plus dispersés.

Le sénateur Pépin : Merci d'être venue nous rencontrer. J'ai lu votre document et je vous ai écoutée. Je crois qu'autant de femmes que d'hommes subissent des crises cardiaques, mais est-ce le même pourcentage dans le cas des autres maladies? Est-ce que les femmes ont le même pourcentage ou le même risque de tomber gravement malades que les hommes?

La Dre Anand : Oui. Nous savons aujourd'hui, d'après de nombreuses études, que les facteurs de risque de maladies cardiaques sont les mêmes chez les hommes que chez les femmes. Les femmes ne présentent pas un type distinct de facteurs de risque. Le tabagisme, l'hypertension artérielle et le diabète sont communs et chez les hommes et chez les femmes. La différence est que les hommes développent une maladie cardiaque, en moyenne, dix années avant les femmes. Les femmes commencent à acquérir le même profil de risque que les hommes après la ménopause. C'est réellement entre 55 et 60 ans que les femmes commencent à présenter un plus haut risque, alors que chez les hommes c'est plutôt entre 40 et 50 ans. La maladie cardiaque paraît plus dramatique lorsqu'un homme jeune en est atteint. Les femmes l'auront aussi, seulement dix ans plus tard.

Le sénateur Pépin : Lorsque j'étais étudiante en sciences infirmières, peu de femmes faisaient une crise cardiaque. Peut-être est-ce dû au changement de notre mode de vie. Les femmes

at that time. They were raising families. Maybe lifestyles have changed since then. Women are now doing things similar to men to earn their living and they are catching up with heart attacks and sickness.

Dr. Anand: That gap may close. It is possible that, as women become more like men in their lifestyles, the gap may narrow.

One thing that has been good for women is that during the time of prohibition and other social norms, it was not socially acceptable for women to smoke cigarettes, for example. That was a good thing for women. Men smoked much more than women and that is one of the major risk factors for heart disease.

However, there are changes that occur when women lose their endogenous estrogen at the time of menopause. Therefore, their lipid profile, or cholesterol, looks good until the age of about 50 or the onset of menopause. Following that, it changes to be similar to a man's cholesterol profile.

Also, with menopause comes the shift in fat from the hips to the central fat. Therefore, a number of changes that occur in women tend to occur a little later than in men. There is still a 10-year gap.

However, women live longer than men, up to age 85. Therefore, if you looked at total percentage of heart disease, the total burden would be equal because women live longer.

Senator Pépin: I have another question, but I will let my colleague go first and will come back to it.

Senator Callbeck: I was interested in the cardiovascular prevalence on page 4 where you compared the ethnic groups.

The difference is about four times if you look at south Asian and Chinese; it is double between European and south Asian.

You mentioned diet. The Chinese have less saturated and trans fats and eat a lot of vegetables. What other factors do you think cause the differences here in these figures?

Dr. Anand: The big risk factor differences across the groups would be diet, the rates of smoking, the rates of high blood pressure and the average cholesterol. If we take those main factors into account, we can explain much of the differences between the ethnic groups.

For example, Aboriginal people are high on all of the risk factors. They end up with the highest burden of heart disease. The Chinese tend to have the best profile — the lowest diabetes rates, the lowest body weight if you will, relatively low smoking rates, and they end up with a low percentage.

travaillaient au foyer et non à l'extérieur à l'époque. Elles élevaient leurs enfants. Peut-être les modes de vie ont-ils changé depuis. Les femmes font aujourd'hui les mêmes choses que les hommes pour gagner leur vie et elles rattrapent les chiffres d'attaques cardiaques et de maladie.

La Dre Anand : L'écart se fermera peut-être. Il est possible qu'au fur et à mesure que les femmes adoptent le même mode de vie que les hommes, l'écart rétrécisse.

Une chose qui était favorable aux femmes est qu'à l'époque de la prohibition et d'autres normes sociales, il n'était pas socialement acceptable que les femmes fument, par exemple. C'était une bonne chose pour les femmes. Les hommes fumaient beaucoup plus que les femmes et c'est l'un des facteurs de risque majeurs de maladie cardiaque.

Cependant, des changements interviennent lorsque les femmes perdent leur estrogène endogène à la ménopause. Par conséquent, leur profil de lipide ou de cholestérol reste bon jusqu'à l'âge de la cinquantaine ou la ménopause. Ensuite, il change pour ressembler au profil de cholestérol d'un homme.

Par ailleurs, avec la ménopause intervient le transfert de la graisse des hanches vers l'abdomen. Par conséquent, un certain nombre de changements chez les femmes interviennent un peu plus tard dans la vie que chez les hommes. Il y a toujours un décalage de dix ans.

Cependant, les femmes vivent plus vieilles que les hommes, jusqu'à 85 ans. Par conséquent, si vous considérez le pourcentage total de maladies cardiaques, la prévalence totale sera égale par ce que les femmes vivent plus longtemps.

Le sénateur Pépin : J'ai une autre question, mais je vais laisser la parole à mes collègues et j'y reviendrai plus tard.

Le sénateur Callbeck : J'ai été intéressée par les chiffres de prévalence cardiovasculaire de la page 4, où vous comparez les groupes ethniques entre eux.

La différence est un multiple de quatre entre les Sud-Asiatiques et les Chinois; elle est du double entre les Européens et les Sud-Asiatiques.

Vous avez mentionné le régime alimentaire. Les Chinois mangent moins de gras saturé et trans et beaucoup plus de légumes. Quels autres facteurs, à votre avis, causent les différences entre ces chiffres?

La Dre Anand : Les grandes différences entre les facteurs de risque des groupes sont l'alimentation, le taux de tabagisme, le taux d'hypertension artérielle et le cholestérol moyen. Ces grands facteurs peuvent expliquer la plus grande partie des différences entre les groupes ethniques.

Par exemple, les Autochtones ont des taux élevés pour tous les facteurs de risque. Ils se retrouvent avec la plus grande prévalence de maladies cardiaques. Les Chinois tendant à avoir le meilleur profil — le plus faible taux de diabète, la plus faible charge pondérale si vous voulez, des taux de tabagisme relativement faibles, et ils se retrouvent avec un faible pourcentage.

This was first-generation immigrants who had lived in Canada at least 10 years.

We do not know that the same pattern will hold true for Chinese children who grow up in Canada from day one. We are seeing in some childhood studies that the Chinese are not immune to the effects of weight gain. Therefore, the average weight is increasing among Chinese children and, with that, comes higher rates of diabetes. Heart disease is low in their parents.

However, it is the reverse if I showed you another set of bars which were cancer mortality. The Chinese have relatively more deaths from cancer compared to south Asians who have lower deaths from cancer. It is almost as though one group tends to get one chronic disease more than another, but both are getting one of the diseases.

Senator Callbeck: You mentioned a number of factors that caused this. One was tobacco. In your study, did you actually study how many smoked?

Dr. Anand: Yes, we did. Close to 50 per cent of the Aboriginal people used tobacco, either first hand or second hand, compared to the Europeans at about 20 per cent. It was actually the lowest in Chinese and south Asians.

The reason I raise that for the Aboriginal people is because it is a difficult issue. When I went to the Six Nations Band Council and presented my findings, I told them the two risk factors they can do the most about to have a great impact on the population would be to address smoking and obesity. The mean Body Mass Index on the reserve is 33, which is very high.

Smoking and tobacco use is complex on Aboriginal reserves. In particular, Six Nations have their own factory where they produce cigarettes. On one hand, we say jobs are important, economics are important. They have their own industry. However, it is an industry that produces high-nicotine cigarettes that are available for a very low price to their people on the reserve. It is a complex issue.

Senator Callbeck: On page 6 you talked about the number of government-sponsored programs that are disconnected and the need to have a coordinated approach.

Have you given thought to how that can be done? I guess the federal government should be taking the initiative here.

Dr. Anand: Yes. I recall one meeting where we were trying to understand the rates of diabetes and if they are going up in Canada or not. We had representatives there from the Canadian Diabetes Strategy. They have the data but it would be difficult to access it.

If clear recommendations from a high level came down saying, "Each year we need to understand the following trends and we need to allow researchers and educators and policy-makers to access the data across these strategies in an easy and efficient way," we could already understand more about Canada. That would help us form a prevention strategy. One of the goals of the

L'étude portait sur des immigrants de première génération ayant vécu au Canada au moins 10 ans.

Nous ne savons pas si les mêmes tendances se retrouveront chez les enfants chinois nés au Canada. Nous voyons dans certaines études chez les enfants que les Chinois ne sont pas à l'abri du gain de poids. Par conséquent, le poids moyen des enfants chinois augmente et cela s'accompagne de taux de diabète plus élevés. Les maladies cardiaques sont rares chez leurs parents.

Cependant, si je vous montrais un autre diagramme, celui de la mortalité par cancer, vous verriez une situation inverse. Les Chinois ont relativement plus de décès par cancer comparés aux Sud-Asiatiques qui ont des taux de cancer moindres. C'est presque comme si un groupe tendait à souffrir plus d'une maladie chronique que d'une autre, mais les deux en attrapent une.

Le sénateur Callbeck : Vous avez mentionné un certain nombre de facteurs causaux. L'un est le tabac. Dans votre étude, avez-vous déterminé combien fumaient?

La Dre Anand : Oui. Près de 50 p. 100 des Autochtones sont exposés à la fumée, soit directe soit indirecte, contre environ 20 p. 100 des Européens. Le pourcentage était le plus faible chez les Chinois et les Sud-Asiatiques.

La raison pour laquelle j'attire l'attention là-dessus chez les Autochtones est que c'est une question difficile. Lorsque j'ai présenté mes conclusions au Conseil de bande des Six Nations, je leur ai dit que les deux facteurs de risque sur lesquels ils peuvent le mieux agir pour obtenir le plus gros impact sur la population sont le tabagisme et l'obésité. L'indice de masse corporelle moyen dans la réserve est de 33, ce qui est très élevé.

Le tabagisme est un problème complexe dans les réserves autochtones. Les Six Nations, en particulier, ont leur propre usine de cigarettes. D'une part, nous disons que les emplois sont importants, que l'économie est importante. Ils ont leur propre industrie du tabac. Cependant, c'est une industrie qui produit des cigarettes à forte teneur en nicotine et qui sont disponibles à très bas prix dans la réserve. C'est un problème complexe.

Le sénateur Callbeck : À la page 6, vous évoquez un certain nombre de programmes disparates financés par les pouvoirs publics et la nécessité d'une approche coordonnée.

Avez-vous réfléchi à la façon de s'y prendre? Je suppose que le gouvernement fédéral devrait prendre l'initiative à cet égard.

La Dre Anand : Oui. Je me souviens d'une réunion où nous cherchions à comprendre les taux de diabète et voir s'ils augmentaient ou non au Canada. Nous avions là des représentants de la Stratégie canadienne du diabète. Ils ont les données mais il est difficile d'y accéder.

Si des recommandations claires venaient d'en haut disant : « Chaque année nous devons déterminer les tendances suivantes et permettre aux chercheurs et éducateurs et décideurs d'accéder facilement et efficacement aux données de toutes les stratégies », nous en saurions déjà plus sur le Canada. Cela nous aiderait à formuler une stratégie de prévention. L'un des objectifs de la

new Canadian Heart Health Strategy is to get that type of information. However, it may even involve replicating some of the information we already have.

Across the Public Health Agency of Canada, PHAC, and other branches of the federal government, information exists. It is just difficult to access.

The other issue is that we are a public health care system unlike any other in the world. Yet we do not track individual health problems in a systematic way. We could do research for a much less economic investment if there was a computerized-based system to track the use of diabetes services, the use of smoking cessation services, et cetera. We do not do that.

We have everything to do that, but there has not been a high-level recommendation to provide the impetus.

Senator Callbeck: I have some other questions but I will go to the second round.

Senator Munson: I have a lot of questions but will only ask one.

Whether you are rich, poor or in-between, groceries are expensive. It seems to be one of the most expensive things every month that we all have to do. It is a necessity of life.

There has been so much talk about an emerging food crisis. We have seen all kinds of headline stories to do with food. In your recommendation, you talk about subsidizing or making affordable and available healthy foods such as fruits and vegetables.

I am curious to know if people come to government and say, "You have to legislate, you have to do this." I would like to know where the food industry's responsibility is in this equation and argument.

Dr. Anand: That is an excellent question. In some areas, the food industry has started to work together with researchers. An example of that is lowering salt and trying to take out trans fats from some foods. That has been an effective relationship between what we know in science and what they are able to sell.

Some people say that, if you take out trans fats and saturated fats, people will not buy the food because it is not tasty. I think the food industry has a responsibility to try and experiment with different preparations of foods to still make it palatable yet healthy at the same time.

The second complicated area is subsidies. I am sure you know much more about it than I do — the current subsidies we give to certain groups who produce, for example, red meat and certain grains. They do get subsidies, yet we do not give subsidies to farmers who may be producing apples and locally produced fruit.

It is cheaper to buy a foreign-produced apple — an apple from China — than a local apple. There are lots of issues. However, we know that red meat consumption is a risk factor for heart disease

Stratégie canadienne de la santé cardiaque est de rassembler ce type d'information. Cependant, cela peut même supposer reproduire certaines des données que nous avons déjà.

Beaucoup de renseignements existent déjà à l'Agence de la santé publique du Canada, l'ASPC, et d'autres organes du gouvernement fédéral, mais il est difficile d'y accéder.

L'autre problème est que nous avons un système de santé publique qui n'a pas d'équivalent ailleurs dans le monde. Or, nous ne suivons pas les problèmes de santé individuelle de manière systématique. Nous pourrions faire de la recherche à bien moindre coût s'il existait un système informatisé pour suivre l'utilisation des services aux diabétiques, des services de renoncement au tabac, et cetera. Nous ne le faisons pas.

Nous avons tout ce qu'il faut pour cela, mais il faut pour cela une initiative à très haut niveau.

Le sénateur Callbeck : J'ai quelques autres questions, mais j'attendrai le deuxième tour.

Le sénateur Munson : J'ai beaucoup de questions, mais j'en poserai juste une.

Que l'on soit riche, pauvre ou entre les deux, la nourriture coûte cher. Il semble que ce soit parmi les achats les plus coûteux que nous devons effectuer chaque mois. C'est une nécessité de la vie.

On parle beaucoup d'une crise alimentaire émergente. La presse est remplie de gros titres à ce sujet. Dans votre recommandation, vous parlez de subventionner ou de rendre abordables et disponibles des aliments sains tels que les fruits et légumes.

Je me demande si les gens s'adressent aux pouvoirs publics pour dire : « Vous devez légiférer, vous devez faire cela ». J'aimerais savoir quelle est la part de responsabilité de l'industrie alimentaire dans cette équation.

La Dre Anand : C'est une excellente question. Dans certains domaines, l'industrie alimentaire commence à collaborer avec les scientifiques. Un exemple en est la réduction de la teneur en sel et la suppression des gras trans dans certains aliments. Il y a là une relation efficace entre les connaissances scientifiques et les produits vendus.

D'aucuns disent que si l'on retire les gras trans et les gras saturés, les gens ne vont pas acheter les produits parce qu'ils seront moins bons. Je pense que l'industrie alimentaire a la responsabilité d'expérimenter et de mettre à l'essai différentes recettes pour que les produits soient à la fois bons et sains.

Les subventions sont un second sujet complexe. Je suis sûr que vous en savez beaucoup plus là-dessus que moi — les subventions actuellement accordées à certains groupes qui produisent, par exemple, la viande rouge et certaines céréales. Nous leur versons des subventions, mais nous n'en offrons pas aux agriculteurs qui produisent des pommes et d'autres fruits locaux.

Une pomme étrangère — une pomme chinoise — coûte moins cher qu'une pomme locale. Il se pose toutes sortes de questions. Cependant, nous savons que la consommation de viande rouge est

and cancer. We know that fruit and vegetable consumption protects you from those conditions. Why do we not either work with industry or farmers to encourage the production of the healthy food? Hopefully, that will lead to more people eating the healthy food.

Senator Munson: I have a basic question. You always hear what is recommended — five fruit and vegetables. What is that? Is that one banana, one apple, one melon, one strawberry and one glass of juice?

Dr. Anand: A serving is equivalent to what you can hold in the palm of your hand.

Senator Munson: Some people have small hands or big hands.

Dr. Anand: It is relative to your body size. One apple, one banana is a serving. How do you quantify mashed potatoes? What you can hold in your hand? That is equivalent to a serving.

Senator Munson: You just hear it a lot. I will go back to my fruit plate here.

That is what I have for now. I was curious about the food industry's responsibility. It seems we are asked as governments to make all kinds of decisions.

Can you explain a bit more about giving economic incentives to municipalities who build exercise-conducive communities?

Dr. Anand: There is a whole body of research now that has characterized something called the built environment, and that means how walkable can you make a community. Does the community look pleasant with trees and parks so people want to be there? Can you access shops by walking instead of driving? Can you make your communities safe so women, for example, can run, jog or walk at night?

We know the characteristics of communities that lead to more exercise, yet if you look at — in my own community of Hamilton — what is being constructed are suburbs and subdivisions where all you can do is drive to get there. There are no stores except superstores about a 20-minute drive away, and between the superstores you have to drive. Those are not communities designed to promote exercise, yet they are cropping up all over the place.

How can we get urban planners engaged in designing communities that are healthy, and what drives the creation or construction of the suburbs? It is of economic benefit to somebody. Can we craft it in such a way that, if a construction firm wants to build a new subdivision, they have to comply with certain standards that would make that community walkable?

Senator Munson: Thank you.

un facteur de risque de maladie cardiaque et de cancer. Nous savons que la consommation de fruits et de légumes protège contre ces maladies. Pourquoi ne pas collaborer avec l'industrie ou les agriculteurs pour encourager la production d'aliments sains? On peut espérer que cela amènerait davantage de gens à mieux manger.

Le sénateur Munson : J'ai une question élémentaire. On nous parle toujours de ce qui est recommandé. Cinq fruits et légumes. Combien cela fait-il? Est-ce une banane, une pomme, un melon, une fraise et un verre de jus?

La Dre Anand : Une portion est la quantité que vous pouvez tenir dans la paume de votre main.

Le sénateur Munson : Certains ont des petites mains et d'autres de grandes mains.

La Dre Anand : C'est relatif à votre taille. Une pomme, une banane représente une portion. Comment quantifier une portion de purée de pomme de terre? Ce que vous pouvez tenir dans votre main? C'est l'équivalent d'une portion.

Le sénateur Munson : C'est toujours ce que l'on entend. Je reviens à mon assiette de fruits.

Voilà ce que j'avais pour le moment. Je m'interrogeais sur la responsabilité de l'industrie alimentaire. Il semble que l'on nous demande à nous, les pouvoirs publics, de prendre toutes sortes de décisions.

Pourriez-vous nous parler un peu plus de l'idée d'offrir des stimulants économiques aux municipalités qui créent un urbanisme propice à l'exercice?

La Dre Anand : Il existe maintenant tout un corpus de recherches caractérisant ce que l'on appelle l'environnement bâti, c'est-à-dire dans quelle mesure il est possible de se déplacer à pied dans une localité. Possède-t-elle un cadre agréable, avec des arbres et des parcs donnant envie de s'y promener? Peut-on se rendre à pied jusqu'aux magasins, au lieu de conduire? Peut-on rendre les rues sûres afin que les femmes, par exemple, puissent courir ou marcher la nuit?

Nous connaissons les caractéristiques des collectivités qui les rendent propices à l'exercice, mais si vous regardez — prenez ma propre ville de Hamilton — ce que l'on construit, il s'agit surtout de banlieues et de lotissements qui ne sont accessibles qu'en voiture. Il n'y a pas de magasins, sauf des hypermarchés à 20 minutes de voiture, et pour aller de l'un à l'autre il faut encore la voiture. Ce ne sont pas des cadres conçus pour promouvoir l'exercice, et pourtant on les voit proliférer partout.

Comment amener les urbanistes à concevoir des collectivités propices à la santé, et quel est le moteur qui amène à créer ou construire des banlieues? Cela rapporte à quelqu'un. Peut-on faire en sorte que si un promoteur veut construire un nouveau lotissement, il doit respecter certaines normes pour que les déplacements à pied soient possibles?

Le sénateur Munson : Merci.

Senator Cochrane: Following on with the concept of developers and town people building a community or having a built-in that follows certain guidelines, that does not seem to be too difficult.

Dr. Anand: It does not.

Senator Cochrane: Why is it not done?

Dr. Anand: I think part of the reason is the research is just emerging. If we looked at the studies around built environment and activity levels, really they came up about four to five years ago, so it is still new. If you took a room full of doctors and asked them about the built environment, maybe 10 per cent would be aware of it. If you talked to urban planners, probably more would be aware of it but the field is new. That is probably one reason.

There has not been enough push on communities or cities yet, from either the medical community or government levels that are higher than their own, to get serious about it.

In my own daughter's school, they can still buy soda pop and chips as snacks. We knew five years ago we needed to get rid of it; it is still there. It is a combination of community action, physicians being aware, and putting pressure on the people who make decisions to comply with that.

You are right. It seems quite simple and the solutions are not complex.

Senator Cochrane: Not only that, but to me it would make a desirable city or community because people today are aware of the good things, walking and swimming and different activities. To me, that would seem like something people would want to live in.

Dr. Anand: Yes. It is quite easy to do.

In the greater Toronto area, there are subdivisions going up all the time, but they are built again in a way to support the use of a minivan and not to promote people walking and exercising to get from point A to point B. We need to change that and I think we could.

Senator Cochrane: In regards to investments, the money that is set aside for strategies, et cetera, I am appalled that only 5 per cent goes to prevention.

I have read a report from the Cancer Advocacy Coalition of Canada. They say only 6 per cent of all the money being spent is on cancer prevention.

Dr. Anand: In my response to the cancer question, cancer is behind cardiovascular disease in understanding the major causes. I can list for you the nine risk factors that, in fact, predict 90 per cent of who will have a heart attack versus not. We can clearly target smoking, cholesterol, diabetes. Cancer is not even close to that. They really need to go into the etiologic research of understanding the causes first.

Le sénateur Cochrane : Concernant cette notion que les promoteurs et urbanistes conçoivent une collectivité respectant certaines lignes directrices, cela ne devrait pas être trop difficile.

La Dre Anand : Non.

Le sénateur Cochrane : Pourquoi ne le fait-on pas?

La Dre Anand : Je pense que c'est dû en partie au fait que la recherche émerge tout juste. Cela fait seulement quatre ou cinq ans que nous avons des études sur l'environnement bâti et les niveaux d'activité physique, et c'est donc assez récent. Si vous remplissiez une pièce de médecins, seuls 10 p. 100 environ connaîtraient le concept d'environnement bâti. Les urbanistes sont probablement plus au courant, mais c'est un domaine nouveau. C'est probablement l'une des raisons.

Les localités ou les villes ne subissent pas encore suffisamment de pression de la part du monde médical ou des pouvoirs publics supérieurs pour s'y mettre sérieusement.

Dans l'école de ma propre fille, les élèves peuvent toujours acheter des boissons gazeuses et des croustilles pour leur collation. Nous savions il y a déjà cinq ans qu'il fallait les supprimer, mais elles sont toujours là. Il faut une combinaison d'action communautaire, de sensibilisation des médecins et de pression sur les décideurs.

Vous avez raison. Cela paraît plutôt simple et les solutions ne sont pas complexes.

Le sénateur Cochrane : Non seulement cela, mais à mes yeux, cela rendrait une ville ou une localité désirable, car les gens aujourd'hui ont conscience des bonnes choses, comme la marche, la natation et différentes activités. À mes yeux, ce semble être le genre de ville où l'on voudrait habiter.

La Dre Anand : Oui. C'est assez facile à faire.

Des lotissements se construisent sans cesse dans l'agglomération de Toronto, mais tous sont conçus de façon à exiger l'usage d'une mini fourgonnette pour aller du point A au point B et à dissuader les gens de marcher et de faire de l'exercice. Il faut changer cela et je pense que c'est possible.

Le sénateur Cochrane : En ce qui concerne les investissements, l'argent consacré aux stratégies, et cetera, je suis atterrée de voir que seuls 5 p. 100 vont à la prévention.

J'ai lu un rapport de la Cancer Advocacy Coalition of Canada. Il dit que seuls 6 p. 100 de toutes les dépenses pour le cancer sont consacrées à la prévention.

La Dre Anand : On est loin de connaître aussi bien les causes du cancer que celles des maladies cardiovasculaires. Je peux vous dresser une liste des neuf facteurs de risque qui prédisent avec 90 p. 100 de fiabilité qui va faire ou non une crise cardiaque. On peut clairement désigner le tabagisme, le cholestérol, le diabète. On est loin de cela dans le cas du cancer. Il faut réellement pousser les recherches étiologiques d'abord pour comprendre les causes.

If you go to the Canadian Cancer Society website, what will they tell you? Eat fruits and vegetables, do not gain weight, exercise and do not smoke. Those are the four things. Think of the people you know who have developed cancer. Most people are not doing those things yet still get cancer.

Senator Cochrane: Exactly.

Dr. Anand: I am pleased that the Canadian Partnership Against Cancer has now put $40 million towards creating a large cohort study of 300,000 Canadians; 150,000 of those will be in Ontario. I am representing the Heart and Stroke Foundation of Ontario, and we are now working together with cancer in the Province of Ontario to create a 150,000-person cohort study. We will measure a myriad of factors at baseline, everything from toxins in the water, to how communities are constructed, to understanding obesity, and we will follow that group forward for 10, 20, 30 years. That type of research will allow us to understand causes and then develop prevention strategies.

Cancer is probably 10 to 15 years behind cardiovascular disease. They have the added challenge that there are multiple cancers. There is breast, prostate, many cancers where heart attacks seem to be relatively the same in all people.

Senator Cochrane: It will take a long time to give the general public the preventative information. There is $40 million, but it will still take a long time before we find the bottom line on prevention.

Dr. Anand: Probably take your mother's advice — live in moderation, live like people did in the 1960s and not the way they do now.

If you look at what happens to immigrant populations and their cancer rates, Japanese women in Japan have low rates of cancer. They immigrate to the United States and Canada, take our lifestyle on, whatever that is — is it your diet, is it the plastics in the environment, is it the stress of how we work — and then their cancer rates go up. It is not a genetic issue. Genes do not change in five or ten years. It is a lifestyle. We need to understand what that is before we can prevent it.

Senator Cochrane: Here is an example of prevention, which I think is pretty good. Last week Dr. Yusuf was here. He is from McMaster University, as you know. I was struck by his description of how our society promotes physical inactivity through our use of tall buildings with elevators and escalators.

He observed how people rarely use stairs anymore and how our buildings are designed to have stairwells back in dark corners where you cannot see them, out of the way.

Si vous allez sur le site Internet de la Société canadienne du cancer, que vous dit-on? Mangez des fruits et des légumes, ne prenez pas de poids, faites de l'exercice et ne fumez pas. Voilà les quatre choses. Songez aux gens que vous connaissez qui ont été atteints de cancer. La plupart des gens ne font rien de tout cela et pourtant ont quand même un cancer.

Le sénateur Cochrane : Exactement.

La Dre Anand : Je suis heureuse que le Partenariat canadien contre le cancer ait maintenant consacré 40 millions de dollars à la réalisation d'une étude sur une vaste cohorte de 300 000 canadiens, dont 150 000 en Ontario. Je représente la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario et nous collaborons maintenant avec la Société du cancer en Ontario pour mener une étude sur une cohorte de 150 000 personnes. Nous mesurerons une myriade de facteurs de base, depuis les toxines dans l'eau jusqu'à la manière dont les collectivités sont construites, jusqu'aux causes de l'obésité, et nous suivrons ce groupe pendant 10, 20, 30 ans. Ce type de recherche nous permettra de comprendre les causes et d'élaborer ensuite des stratégies de prévention.

La connaissance du cancer a probablement 10 ou 15 années de retard sur celle des maladies cardiovasculaires. Dans son cas, il y a la difficulté accrue de l'existence de cancers multiples. Il y a le cancer du sein, de la prostate, de nombreux cancers, alors que les attaques cardiaques semblent être relativement identiques chez tout le monde.

Le sénateur Cochrane : Il faudra longtemps avant que l'on puisse donner au grand public l'information sur la prévention. Les crédits sont de 40 millions de dollars, mais il faudra quand même attendre longtemps avant de connaître les solutions de prévention.

La Dre Anand : Suivez les conseils de votre mère — pratiquez la modération, vivez comme les gens vivaient dans les années 1960 et non pas comme ils vivent aujourd'hui.

Si vous regardez ce qu'il advient des populations immigrantes et de leur taux de cancer, les femmes au Japon connaissent de faibles taux de cancer. Elles émigrent aux États-Unis et au Canada, adoptent notre mode de vie, quel qu'il soit — est-ce notre régime alimentaire, est-ce les plastiques de l'environnement, est-ce le stress au travail? — et leur taux de cancer augmente. Ce n'est pas génétique. Les gènes ne changent pas en cinq ou dix ans. C'est un mode de vie. Il faut comprendre ce qu'il a de nocif avant de pouvoir prévenir.

Le sénateur Cochrane : Voici un exemple de prévention qui me paraît assez bon. La semaine dernière le Dr Yusuf a comparu ici. Il est à l'Université McMaster, comme vous le savez. J'ai été frappé par sa description de la manière dont notre société promeut la sédentarité, avec la construction de bâtiments en hauteur, avec ascenseurs et escaliers mécaniques.

Il fait remarquer que les gens prennent rarement l'escalier et que dans nos immeubles les escaliers sont relégués dans les coins sombres, à l'écart, où on ne peut pas les voir.

The idea would be to put the stairs out front so people would be tempted to use them. What do you think of ideas like that?

Dr. Anand: We have to get creative. We do not need to disenfranchise people with disabilities who need to take the elevator.

Senator Cochrane: I do not mean that.

Dr. Anand: The majority of people are actually fairly healthy. Why is it that we need to park right next to Wal-Mart versus having the parking lot off to the side? Why can we not walk between supercentres instead of driving our car 10 metres here and there? How can we, again like the communities, design our lives to subconsciously promote more activity?

The solution is not saying everyone must join the health club and do the elliptical health trainer three times a week. That is not the solution. It is designing communities to make people do more exercise without them even knowing.

Senator Cochrane: We need to be innovative. Whatever we think, we need to publicize it.

Dr. Anand: I agree.

The Chair: As usual, senators, time is catching up with us. We have Senator Fairbairn and Senator Brown left.

Senator Fairbairn: I apologize for being late. I came in as you were talking about your concerns about Aboriginal people. That affected me personally because I come from Lethbridge, Alberta, which is in the southwest corner of the province and is surrounded by Treaty 7. You know that smoking is part of the history and life of Aboriginal peoples. They socialize with it and it is part of their religious events.

Do your surveys and studies show much difference beyond the reserve? Is there much difference with young Aboriginal people or adults in urban situations? Have you any evidence that, when they move away from the reserves and work in outside communities, they pull away from that?

Dr. Anand: Unfortunately, it is difficult to study Aboriginal people who move to urban centres. It is difficult to track them. We were lucky to work on the reserve where 10,000 Six Nations people live. However, there are another 10,000 who live in cities and other communities in Canada. There is no way of tracking them, so I cannot answer the question about whether their behaviours change.

With regard to smoking being a traditional practice, it was traditional to pass around a peace pipe in the sweat lodges. Nicotine is addictive. Manufacturing cigarettes en masse and selling them at discount prices on reserves is not tradition, but it can cause people to become addicted to nicotine in no time at all.

L'idée serait de mettre les escaliers sur le devant afin que les gens soient tentés de les utiliser. Que pensez-vous de cette sorte d'idée?

La Dre Anand : Il faut être créatif. Il n'est pas nécessaire pour autant de gêner les personnes handicapées qui ont besoin d'un ascenseur.

Le sénateur Cochrane : Ce n'est pas ce que je voulais dire.

La Dre Anand : La majorité des gens sont en assez bonne santé. Comment se fait-il que nous ayons besoin de nous garer juste devant la porte de Wal-Mart au lieu de placer le terrain de stationnement sur le côté? Pourquoi ne pouvons-nous marcher entre les magasins d'un méga centre, au lieu de prendre la voiture pour nous déplacer de 10 mètres? Comment pouvons-nous, tout comme les collectivités, concevoir notre vie de façon à promouvoir inconsciemment plus d'activité physique?

La solution n'est pas que tout le monde fréquente trois fois par semaine un gymnase. Ce n'est pas la solution. Il s'agit de concevoir les collectivités de façon à amener les gens à faire plus d'exercice sans même qu'ils s'en rendent compte.

Le sénateur Cochrane : Il faut faire preuve d'imagination. Il s'agit de faire connaître toutes ces idées.

La Dre Anand : Je suis d'accord.

Le président : Comme d'habitude, sénateurs, le temps nous rattrape. Il nous reste le sénateur Fairbairn et le sénateur Brown.

Le sénateur Fairbairn : Veuillez excuser mon retard. Je suis arrivé au moment où vous parliez de vos préoccupations concernant les Autochtones. Cela m'a touché personnellement, car je viens de Lethbridge, en Alberta, qui est dans le coin sud-ouest de la province et est entourée par le territoire du Traité 7. Vous savez que la consommation de tabac fait partie de l'histoire et de la vie des Autochtones. Ils socialisent autour du tabac et il joue un rôle dans leurs cérémonies religieuses.

Est-ce que vos enquêtes et études font apparaître une grande différence entre les réserves et le monde environnant? Existe-t-il une grande différence avec les Autochtones jeunes ou adultes en milieu urbain? Avez-vous des chiffres indiquant que leur situation change lorsqu'ils quittent les réserves et travaillent à l'extérieur?

La Dre Anand : Malheureusement, il est difficile d'étudier les Autochtones en milieu urbain. Il est difficile de les suivre. Nous avons eu la chance de travailler dans la réserve où vivent 10 000 membres des Six Nations. Cependant, 10 000 autres membres vivent dans les villes et d'autres localités du Canada. Il est impossible de les suivre, et je ne peux donc vous dire si leur comportement change.

Pour ce qui est de l'usage traditionnel du tabac, il était de tradition de faire circuler un calumet de la paix dans les sueries. La nicotine est accoutumante. La fabrication massive de cigarettes et leur vente à prix réduit dans les réserves n'est pas une tradition mais peut amener les gens à devenir dépendants de la nicotine en un rien de temps.

The traditional use makes the matter complex. No one is telling them to change their tradition, but the mass production and cheap sales of this addictive material is hooking young kids in large numbers, and that is a difficult addiction to break.

It is a complicated problem. The people on reserves say they pay more taxes to the federal government on their lucrative cigarette production industry than they receive back in transfer payments, so they really feel that they are giving back to Canada, if you will. It is too complicated for me to take on. I just give the information to the health committee.

The smoking issue is devastating. Luckily, the health authorities on reserves recognize it is a major health problem and are working toward stopping it. However, it is like a little goldfish swimming against a strong current. A few people in health concerned about a problem will not be able to crack the problem if people are making a lot of money from the business.

Senator Fairbairn: Hopefully, as generations grow older and new ones come up, there will be a different turn.

These people are a wonderful part of our population and our history, and we certainly want them to have the best possible opportunities.

You talked about the kinds of things that people eat and smoke within regular communities. If it is any comfort to you, in one school in my hometown of Lethbridge, the young people said they were not going to buy food at the cafeteria because it was all junk. They decided to bring their own food, which is good.

Dr. Anand: I believe Nova Scotia has made similar changes.

Senator Fairbairn: These things are moving along a bit.

Senator Brown: Dr. Anand, I was buoyed by reading the nine risk factors and your conclusion that no alcohol was a risk. I talked to many people about that, and we all agreed that we should consume alcohol. However, you told us that after some people said they should have three drinks a day, you said it should be three drinks a week so we were brought back to earth.

On page 6 of your brief you said that other disease conditions and risk factor strategies should look to the success Canada had with the tobacco strategy as a successful model of coordinated risk factor prevention. I picked up on that in a previous meeting with other doctors.

I recently saw the statistic that 52 per cent of Canadians do not read newspapers or watch the news on television. We are looking for a coordinated approach to effect change broadly across the country. As you suggested, we could copy what was done with

L'usage traditionnel rend les choses plus complexes. Personne ne leur demande de changer leur tradition, mais la production massive et la vente à prix réduit de cette substance toxicomanogène rend un grand nombre de jeunes dépendants, et le sevrage du tabac est très difficile.

C'est un problème complexe. Les habitants des réserves disent qu'ils paient plus de taxes au gouvernement fédéral sur leur production lucrative de cigarettes qu'ils n'en récupèrent sous forme de transferts, si bien qu'ils estiment contribuer financièrement au Canada, en quelque sorte. C'est trop compliqué pour que je m'y retrouve. Je transfère simplement l'information au comité de la santé.

Le tabagisme est dévastateur. Heureusement, les autorités sanitaires des réserves admettent que c'est là un problème de santé majeur et s'efforcent d'y mettre un terme. Cependant, c'est un peu comme un petit poisson rouge nageant contre un puissant courant. Quelques spécialistes de la santé conscients du problème ne parviendront pas à le résoudre tant que cette activité rapportera beaucoup d'argent.

Le sénateur Fairbairn : J'espère que les choses changeront avec le vieillissement et l'arrivée de nouvelles générations.

Ces gens représentent une part merveilleuse de notre population et de notre histoire et nous voulons certainement leur offrir les meilleures perspectives.

Vous avez parlé des choses que les gens mangent et fument dans une localité typique. Si cela peut vous rassurer, dans une école de ma ville de Lethbridge, les élèves ont dit qu'ils n'allaient plus acheter de nourriture à la cafétéria parce qu'elle ne vend que de la camelote. Ils ont décidé d'apporter leur propre nourriture, ce qui est bien.

Le Dre Anand : Je crois que la Nouvelle-Écosse a fait des changements similaires.

Le sénateur Fairbairn : On constate un peu de progrès à cet égard.

Le sénateur Brown : Docteure Anand, j'ai été encouragé par votre lecture des neuf facteurs de risque et le fait que l'alcool n'y figure pas. J'ai parlé de cela avec beaucoup de gens et nous avons tous convenu qu'il est bon de consommer de l'alcool. Cependant, vous nous avez dit que ce devrait être trois verres par semaine, et non trois verres par jour comme d'aucuns le préconisent, ce qui nous a ramenés à terre.

À la page 6 de votre mémoire vous dîtes que d'autres stratégies de lutte contre la maladie et les facteurs de risque devraient s'inspirer de la réussite de la stratégie antitabac canadienne comme bon modèle de prévention coordonnée des facteurs de risque. J'avais déjà noté cela lors d'une réunion antérieure avec d'autres médecins.

Je suis tombée récemment sur une statistique disant que 52 p. 100 de Canadiens ne lisent pas de journaux ou ne regardent pas les nouvelles télévisées. Vous parlez d'une approche coordonnée en vue d'opérer de vastes changements à travers le

tobacco — that is, the government could impose increasingly more stringent labelling on certain unhealthy foods.

Television is the only medium I know that reaches a large majority of the population. If we were to spend some money on short, repetitive ads about individual risk factors over a period of time, as we did with cigarettes, would that not be more beneficial than almost anything, other than the research you have done, to show where the risk factors are?

Dr. Anand: The tobacco strategy was multi-pronged, and the most effective influence in reducing smoking rates was increasing the price of cigarettes. The more cigarettes were taxed, the lower use was. That was a high-level government decision, as was banning cigarette companies from sponsoring sporting events.

Although advertising the risk factors on television would make people aware, without a high-level strategy to change exercise patterns and make healthy foods available, I do not think that would do much to improve diet and increasing physical activity.

I believe a multi-pronged strategy is needed, but there needs to be community-engineered, high-level policy changes in addition to educating individuals about how to change their lives. Both must happen in order for us to make a difference.

Senator Brown: I agree with you 100 per cent. I was just thinking that we could cover all the risk factors with advertising. We could encourage people to walk regardless of whether they have sidewalks. As you said, they could walk in parking lots.

The other risk factors can all be labelled as bad things and more positive behaviours encouraged. Long-term advertising must have an impact. When cigarette labelling was first introduced, not many people paid attention, but over a generation it was repeated on every package of cigarettes. It was repeated and enforcements were made in buildings and public places. It seems to me if we took that broad approach repetitively on everything you are trying to say here in short documentation, which is really good, and duplicate it somehow in advertising, I believe we could have a broad impact.

The Chair: Honourable senators, we are delighted now to have the second set of witnesses who are again outstanding, beginning with Karen Hitchcock, Principal and Vice-Chancellor of Queen's University. I had the pleasure of having breakfast with her a short time ago and a delightful visit to Queen's during some presentations on population health.

pays. Comme vous l'avez suggéré, nous pourrions reproduire ce qui a été fait avec le tabac — c'est-à-dire que le gouvernement impose un étiquetage de plus en plus rigoureux de certains aliments malsains.

La télévision est le seul média que je connaisse qui touche une vaste majorité de la population. Si nous dépensions pour diffuser de courts messages répétitifs sur les facteurs de risque individuels pendant une certaine période, comme nous l'avons fait avec les cigarettes, cela ne serait-il pas plus bénéfique que presque n'importe quoi d'autre, hormis les recherches que vous avez effectuées, pour montrer où se situent les facteurs de risque?

La Dre Anand : La stratégie antitabac comportait plusieurs volets et le moyen le plus efficace pour réduire les taux de tabagisme a été l'augmentation du prix des cigarettes. Plus les cigarettes étaient taxées, et plus la consommation baissait. Cela a été une décision prise à un haut niveau du gouvernement, tout comme l'interdiction faite aux fabricants de cigarettes de parrainer les manifestations sportives.

Même si des annonces télévisées sur les facteurs de risque sensibiliseraient la population, sans une stratégie de haut niveau pour inciter à faire plus d'exercice et rendre les aliments sains plus disponibles, je ne pense pas que les gens mangeraient mieux et feraient plus d'exercice physique.

Je pense qu'il faut une stratégie à plusieurs volets mais il faut aussi agir sur l'urbanisme et d'autres politiques de haut niveau en plus d'inciter les Canadiens à changer de mode de vie. Si l'on veut faire une différence, les deux sont nécessaires.

Le sénateur Brown : Je suis d'accord à 100 p. 100 avec vous. Je pensais simplement que l'on pourrait couvrir tous les facteurs de risque avec des annonces publicitaires. On pourrait inciter les gens à marcher, qu'il y ait ou non des trottoirs. Comme vous l'avez dit, ils pourraient marcher sur les terrains de stationnement.

Les autres facteurs de risque peuvent tous être étiquetés comme étant de mauvaises choses et l'on pourrait encourager des comportements plus positifs. La publicité à long terme a forcément un impact. Lorsqu'on a commencé à étiqueter les cigarettes, peu de gens y ont prêté attention, mais le message a été répété sur chaque paquet de cigarettes sur plus d'une génération. C'était répétitif et des rappels étaient faits dans les bâtiments et les lieux publics. Il me semble que si l'on adoptait cette démarche large et répétitive sur tout ce que vous montrez ici dans une documentation condensée, qui est excellente, et qu'on le reproduisait en quelque sorte dans une campagne publicitaire, je pense que cela aurait un gros impact.

Le président : Honorables sénateurs, nous sommes ravis maintenant d'accueillir le deuxième groupe de témoins, encore une fois des personnes éminentes, en commençant avec Karen Hitchcock, rectrice et vice-chancelière de l'Université Queen's. J'ai eu le plaisir de petit-déjeuner avec elle il y a peu à l'occasion d'une délicieuse visite à Queen's pour une conférence sur la santé de la population.

She has an impressive background — president of the University of Albany in New York, also served in various capacities in Chicago, was a scientist and was funded by each in her own field of cell development and biology.

We are delighted to have you here, Ms. Hitchcock, and I will go ahead and introduce Kristan Aronson, Professor of Epidemiology at the Cancer Research Institute and the Queen's School of Environmental Studies. She is the founding director of the Queen's Institute of Population Health and Public Health and her research focuses on the environmental epidemiology of cancer.

Karen Hitchcock, Principal and Vice-Chancellor, Queen's University: Thank you for the invitation. I am delighted to have the opportunity to speak with you today on an issue of tremendous importance.

I began my tenure at Queen's in 2004 and have to put a plug in for Queen's. I had learned before my arrival that Queen's was an excellent institution, offering world-recognized excellence in research, teaching and public service. Canadian universities on the whole are recognized for such excellence, for innovation and for public service throughout the world.

As we all know, the success of Canadian universities rests in large part on commitments from, certainly, the provincial governments with direct and indirect support from the federal government as well.

As Senator Keon stated, I do come from south of the border. I am an American. I come from a university at Albany that is only slightly larger than Queen's and it had a school of public health. I was surprised to find when I arrived that Queen's did not have a school of public health, and probably more surprised to learn at that time that there were no schools of public health in Canada. That was about a year post-SARS and I have since learned that there is a lot of interest now in such schools. There was, however, until recently, little progress but progress is being made now in that regard.

Evidence gathered by the federal government's national advisory committee on SARS, which was chaired by David Naylor, and by this Senate's own inquiry, has revealed critical deficiencies in Canada's public health infrastructure. All reports agree that there is a deficiency in trained public health personnel in Canada, and little opportunity for those who are in the field to maintain and improve their skills over the course of their careers. While there are programs, they are limited and much need is there and this comes out in every report that I have read.

Also, scientific evidence for public health strategies and approaches to disease prevention are only marginally funded. There is little information and they are only marginally funded.

Son CV est impressionnant : présidente de l'Université d'Albany dans l'État de New York, divers postes à Chicago, scientifique titulaire de subventions de recherche dans sa spécialité de la biologie cellulaire et de la biologie du développement.

Nous sommes ravis de vous recevoir ici, madame Hitchcock, et je vais tout de suite présenter Kristan Aronson, professeur d'épidémiologie à l'Institut de recherche sur le cancer et à l'École d'études environnementales de l'Université Queen's. Elle est la directrice fondatrice de l'Institut de la santé publique et des populations et ses recherches portent sur l'étiologie environnementale du cancer.

Karen Hitchcock, rectrice et vice-chancelière, Université Queen's : Merci de l'invitation. Je suis ravie de l'occasion de m'entretenir avec vous aujourd'hui d'un sujet d'énorme importance.

J'ai commencé ma carrière à Queen's en 2004 et je dois dire quelques mots de louange sur Queen's. Je savais avant mon arrivée que Queen's était une excellente université, renommée dans le monde pour sa recherche, son enseignement et son service public. Les universités canadiennes, dans leur ensemble, sont réputées pour cette excellence, leur innovation et leur service public partout dans le monde.

Comme nous le savons tous, le succès des universités canadiennes repose en grande partie sur le soutien, certainement des gouvernements provinciaux, avec en sus un appui direct et indirect du gouvernement fédéral.

Comme l'a indiqué le sénateur Keon, je viens du sud de la frontière. Je suis Américaine. Je viens d'une université d'Albany qui est légèrement plus grande que Queen's et qui avait une école de santé publique. J'ai été surprise de constater à mon arrivée que Queen's n'avait pas d'école de santé publique, et probablement encore plus surprise d'apprendre à l'époque qu'il n'existait aucune école de santé publique dans tout le Canada. C'était environ un an après l'épidémie de SRAS et j'ai constaté depuis un intérêt accru à créer de telles écoles. Cependant, jusqu'à tout récemment, peu de progrès étaient réalisés à cet égard, mais les choses sont en train de changer.

Selon des données recueillies par le comité consultatif national sur le SRAS du gouvernement fédéral et par l'enquête du Sénat lui-même, l'infrastructure de la santé publique au Canada comporte des lacunes importantes. Tous les rapports admettent une pénurie de professionnels de la santé publique au Canada et ceux qui travaillent dans ce domaine ont peu l'occasion de tenir à jour et d'améliorer leurs compétences au cours de leur carrière. Alors qu'il existe certains programmes de perfectionnement, les places sont limitées et le besoin est grand, et cela ressort de tous les rapports que j'ai lus.

En outre, les études scientifiques susceptibles de fonder des stratégies et démarches de santé publique en vue de prévenir les maladies ne sont que marginalement financées. Il y a une pénurie d'information et ces études ne sont que marginalement financées.

The interest exists to do this. The issue we have to address is how one goes about that in a cost-efficient but effective way. Graduate departments in universities have degrees, epidemiology unit disciplinary degrees and, more and more, multi-disciplinary degrees. Masters of Public Health as well are appearing.

My thesis is that schools of public health, actual defined entities, being more robust, would bring a greater visibility to the importance and a much better approach to education in the many different aspects of public health that are needed than the single programs that exist today.

At Queen's I have made it my own personal priority to work toward establishing a school of public health, and Professor Aronson has been a leader in that on campus. I know you will enjoy hearing from her about what we are doing particularly at Queen's, and it might be something that could be applied to other initiatives as well.

I have also been working with colleagues, principals, rectors and presidents from across the country. I believe in the packet you had a draft of a national response to the issues of public health with regard to education and research, and these colleagues come from B.C., Alberta, Toronto, McGill, Montreal, Dalhousie and Queen's. We have come together to talk about how to put an effective strategy together for educational and research needs that are so critical in the field of public health. That document is entitled *A National Strategy for Public Health Education and Research: The Canadian University Community's Response to Public Health Issues Facing Canada in the 21st Century*.

Public health by its very definition — all the programs, organizations and elements that go into it — is multi-disciplinary. Understanding and responding to public health issues like SARS, tar ponds in the Maritimes, sour gas on the Prairies, HIV/AIDS in Vancouver, the health disparities between Aboriginal populations and the rest of the country, and endemic conditions like smoking, obesity, injuries and asthma that affect all citizens, demands a multi-disciplinary approach based on evidence and expertise — so high-quality educational programs as well — and universities are well positioned to bring that kind of focus to this issue and do it in a coordinated and collaborative way.

The proposal we have put forth fits very well into the tradition of public health in this country. The federal government led the world, actually in 1974, with the Lalonde report, looking at the determinants of public health.

The health of individuals and populations is a reflection of the quality and availability of medical care, but it is much more important that it is a reflection of, or determined by, the environments in which our citizens live and work and learn. That is what this Senate subcommittee is all about. The study of those determinants, their interrelationships and amenability to public policy, reflects the work of what we define as public health.

Toutefois, l'intérêt à faire cette recherche existe. Le problème est de savoir comment les mener de manière rentable et efficace. Certaines universités offrent, aux cycles supérieurs, des programmes unidisciplinaires en épidémiologie et, de plus en plus, des diplômes multidisciplinaires. On voit également apparaître des maîtrises de santé publique.

Ma thèse est que des écoles de santé publique, en tant qu'entités distinctes et plus robustes, offriraient une plus grande visibilité, en soulignant l'importance du domaine, et seraient une meilleure approche de l'éducation sur les nombreux aspects différents de la santé publique que les programmes isolés qui existent aujourd'hui.

À Queen's, je me suis fixé comme priorité personnelle d'œuvrer pour la création d'une école de santé publique, et la professeure Aronson est un chef de file de ce mouvement sur le campus. Je sais que vous apprécierez d'entendre de sa bouche ce que nous faisons spécifiquement à Queen's, et cela pourrait peut-être inspirer également d'autres initiatives.

Je travaille également avec des collègues, des recteurs, présidents et directeurs d'autres établissements du pays. Je pense que dans la documentation vous avez une ébauche de stratégie nationale d'éducation et de recherche en santé publique, et ces collègues viennent de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de Toronto, de McGill, de Montréal, de Dalhousie et de Queen's. Nous nous sommes rassemblés pour esquisser une stratégie efficace pour satisfaire les besoins d'éducation et de recherche qui sont vitaux dans le domaine de la santé publique. Ce document est intitulé *A National Strategy for Public Health Education and Research : The Canadian University Community's Response to Public Health Issues Facing Canada in the 21st Century*.

La santé publique, de par sa définition — soit tous les programmes, organisations et éléments qui la composent — est multidisciplinaire. Afin de comprendre et réagir aux problèmes de santé publique tels que l'épidémie de SRAS, les étangs de goudron des Maritimes, les gaz sulfureux dans les Prairies, le VIH/sida à Vancouver, les disparités sanitaires entre les populations autochtones et les autres habitants du pays, et les problèmes de santé endémiques comme le tabagisme, l'obésité, les lésions et l'asthme qui touchent tous les citoyens, il faut avoir recours à une approche multidisciplinaire fondée sur la preuve et l'expertise, et les universités sont bien placées pour focaliser sur le sujet, et ce de manière coordonnée et concertée.

Notre proposition cadre très bien avec la tradition de ce pays en matière de santé publique. Le gouvernement fédéral a été le premier au monde, déjà en 1974 avec le rapport Lalonde, à se pencher sur les déterminants de la santé publique.

La santé des personnes et des populations dépend assurément de la qualité et de la disponibilité des soins médicaux mais elle est encore davantage déterminée par les milieux dans lesquels les individus vivent, travaillent et apprennent. C'est précisément là le sujet de l'étude de votre sous-comité sénatorial. L'étude de ces déterminants, de leur interdépendance et de la manière dont ils peuvent être influencés par la politique publique, relève du domaine de la santé publique telle que nous la définissons.

Important steps have been taken by Canadians and their elected representatives to correct weaknesses that exist in the national public health system. Most notable is the creation of the Public Health Agency of Canada — an important step towards meeting some of the issues we have been talking about.

There have been efforts to develop coherent strategies for pandemics, for influenza strategies preparedness, but a lot more needs to be done regarding the underlying problems in public health — again, particularly the lack of trained personnel in public health and the inadequate research into public health problems.

Our proposal envisages the creation of a public health consortium. We are calling it a Canadian association for public health research and education. It is meant to represent a coming together, a network if you will, of universities with schools of public health, other organizations and agencies around the dual goal of enhancing skills training, education and research.

The model that there be some schools of public health in Canada makes sense so we would seek to establish, or to enhance existing, schools of public health focused on producing more public health personnel, on providing critical continuing education for the existing workforce, and on encouraging and building up public health research and the translation of that research into applications on the ground. That nexus of theory and practice is probably more important in the field of public health than in almost any other field.

The national strategy we have proposed seeks to improve the health of the Canadian public and populations around the world. Our objectives are: to better equip public health facilities and personnel at local, provincial, federal and international levels to respond to epidemics and other public health emergencies; to address the complexity of public health issues through improved multi-disciplinary education and research programs targeted at public health, including management, knowledge transfer and intervention-based research; to bridge the gaps between academic and public health service delivery aspects to ensure that the education and training provided and research conducted are of the highest quality and relevance; to curb the multiple epidemics of chronic disease resulting from our modern economies and, hence, reduce the burden of illness and the distorting effects of health care services on government budgets; and to support the objectives of the Public Health Agency of Canada. We worked closely with it as we developed our strategy. It is an important unifying organization to help move resources to where they are needed; to ensure, with sensitivity to existing jurisdictional issues, that monies flow to the needs of local, provincial and federal governments for public health; and to develop strategic and tactical partnerships with community agencies. Delivery of public health is at the local level, and it is at the provincial and federal levels for organizations. It covers all jurisdictional levels. The public health agency can be an effective means to make that happen. It is important to create a national forum — academic institutions united in their commitment to public health across Canada so they can address and be aware of through dialogue

Les Canadiens et leurs élus ont pris des mesures importantes pour rectifier les faiblesses qui existent dans le système national de santé publique. Mentionnons en particulier la création de l'Agence de santé publique du Canada — un pas important vers la solution de certains des problèmes dont nous parlons.

Des efforts ont été déployés pour élaborer des stratégies cohérentes de lutte contre les pandémies, des stratégies de préparation à la grippe, mais beaucoup reste à faire pour régler les problèmes sous-jacents en matière de santé publique — et plus particulièrement la pénurie de personnel qualifié et l'insuffisance de la recherche sur les problèmes de santé publique.

Notre proposition vise à créer un consortium de la santé publique, que nous appelons l'Association canadienne pour l'enseignement et la recherche en santé publique. Il s'agirait en quelque sorte d'un rassemblement, d'un réseau si vous voulez, d'universités possédant des écoles de santé publique, d'autres organisations et agences autour du double objectif d'un renforcement de la formation professionnelle, de l'éducation et de la recherche.

Il semble rationnel d'avoir quelques écoles de santé publique au Canada, et nous chercherions donc à créer, ou renforcer, des écoles de santé publique de façon à former davantage de personnel de santé publique, d'assurer l'éducation permanente de la main-d'œuvre existante et d'encourager et renforcer la recherche et mettre ses résultats en application sur le terrain. Cette convergence de la théorie et de la pratique est probablement plus importante dans le domaine de la santé publique que dans pratiquement tout autre.

La stratégie nationale que nous proposons vise à améliorer la santé du public canadien et d'autres populations dans le monde. Nos objectifs sont de doter les établissements de santé publique et leur personnel d'un meilleur équipement, aux échelles locale, provinciale, fédérale et internationale, afin de pouvoir faire face aux épidémies et à d'autres situations d'urgence en matière de santé publique; aborder les questions complexes de la santé publique en offrant une formation et des programmes de recherche multidisciplinaires améliorés axés sur la santé publique, et notamment la gestion, le transfert des connaissances et l'intervention; réduire l'écart entre l'enseignement et la prestation des services de santé publique, afin que l'éducation et la formation et la recherche dans ce domaine soient de la plus haute qualité et pertinence; endiguer de nombreuses épidémies de maladies chroniques qui découlent de la vie moderne afin de diminuer le fardeau que les services de santé représentent pour les finances publiques; et appuyer les objectifs de l'Agence de la santé publique du Canada. Nous avons travaillé en collaboration étroite avec cette dernière pour élaborer notre stratégie. C'est une organisation pivot importante lorsqu'il s'agit d'affecter les ressources là où elles sont nécessaires, d'assurer que les fonds servent à satisfaire les besoins en matière de santé publique des gouvernements locaux, provinciaux et fédéral tout en tenant compte du partage des pouvoirs, et élaborer des partenariats stratégiques et tactiques avec des organisations communautaires. La prestation des services de santé publique se fait au niveau local et les organisations se situent au niveau provincial et fédéral. La santé publique recoupe tous les niveaux

and collaboration the needs that exist in Canada, and be able to address them in a way that affects not only the province where the university happens to exist, but also the quality of public health across Canada and, in fact, across the world.

The funding for universities comes predominantly from the provinces as well as from tuition fees. Canadian universities are developing larger endowments but they are not great enough to support the urgency of need that exists in public health. It is difficult for Canadian universities to move rapidly to build new programs and launch new streams of research so the consortium of universities proposing this national strategy recognizes that considerable investments have already been made by the federal government in its attempts to correct and improve a very underdeveloped public health system in Canada. We are asking the federal government to do more, however. Canada has the opportunity to create an over-arching vision for an academic response and contributions to public health. Additional funding is required to support the objectives of the Public Health Agency of Canada. Many important programs have been developed but the funding is modest. Additional funding is required to reinvest in Canada's capacity to provide world-class public health professionals, educators and researchers.

A five-year funding commitment of the government, which is what we are envisioning at this time, would be in three major areas. The first is education of public health professionals and continuing education of existing professionals. It is in enhancing that continuing education piece where the impact can be most immediate. As an example, in Ontario there are some 4,000 public health nurses. Few, if any of them, are trained in public health. A continuing education model could be developed after an executive development program for people in other professions where the corporations taking the executive development refresher courses fund the programs. In this respect, the government would need to be that funder for public health professionals. Such continuing education programs addressed quickly could have an immediate effect, helped by the development of schools of public health and other programs to get degree programs lined up and people graduated.

Another audience for continuing education could be the military, given the need for emergency preparedness and the use of the military. Such programs could train military people involved in emergency preparedness on a continuing education basis for public health and they could be a dramatic and quick addition to trained public health personnel in Canada.

Education at all levels could be accomplished with continuing education as an initial rapid and effective way of quickly enhancing the level of quality of the public health professionals

de gouvernement. L'Agence de santé publique peut être un outil efficace de coordination. Il importe de créer un forum national — un regroupement des établissements d'enseignement canadien unis dans leur engagement envers la santé publique au Canada afin que, par le dialogue et la concertation, ils puissent connaître les besoins existants dans le pays et y répondre, non seulement dans la province où se trouve l'université mais de manière à améliorer la qualité de la santé publique dans tout le Canada et même dans le monde entier.

Le financement des universités provient presqu'en totalité des provinces et des droits de scolarité. Les universités canadiennes commencent à acquérir des fondations plus importantes mais le montant reste insuffisant pour satisfaire les besoins urgents qui existent dans le domaine de la santé publique. Les universités canadiennes ont de la difficulté à réagir rapidement pour mettre sur pied de nouveaux programmes et lancer de nouvelles avenues de recherche. Le consortium d'universités proposant cette stratégie nationale reconnaît que le gouvernement fédéral a déjà effectué d'importants investissements pour tenter de rectifier et d'améliorer un système de santé publique canadien très sous-développé. Cependant, nous demandons au gouvernement canadien de faire plus. Le Canada a la possibilité de créer une vision globale de la contribution universitaire à la santé publique. Des fonds supplémentaires sont requis pour appuyer les objectifs de l'Agence de santé publique du Canada. De nombreux programmes importants ont été mis sur pied, mais leurs moyens sont modestes. Des crédits additionnels sont requis afin de réinvestir dans la capacité du Canada de former des professionnels, des enseignants et des chercheurs de classe mondiale dans ce domaine.

Un engagement financier quinquennal du gouvernement, comme nous l'envisageons en ce moment, porterait sur trois grands domaines. Le premier est la formation de nouveaux professionnels de la santé publique et l'éducation permanente du personnel existant. C'est au niveau de l'éducation permanente que l'impact pourra être le plus immédiat. Par exemple, il existe en Ontario 4 000 infirmiers et infirmières de santé publique. Un très petit nombre d'entre eux, voire aucun, n'a une formation spécifique en santé publique. Un modèle d'éducation permanente pourrait être mis sur pied inspiré des programmes de formation de cadres dans d'autres professions financés par les entreprises qui s'en prévalent. En l'occurrence, le gouvernement devrait être le bailleur de fonds pour les professionnels de la santé publique. De tels programmes d'éducation permanente, mis sur pied rapidement, pourraient avoir un effet immédiat, parallèlement à la création d'écoles de santé publique et d'autres programmes commençant à former de nouveaux diplômés.

Un autre auditoire pour l'éducation continue pourrait être les forces armées, vu le recours aux militaires pour la protection civile. Ces programmes pourraient former à la santé publique les militaires participant à la protection civile sur la base d'une éducation permanente, et ce pourrait être là une façon rapide de multiplier le personnel de santé publique formé au Canada.

L'éducation à tous les niveaux pourrait être assurée en commençant par l'éducation continue comme un moyen initial rapide et efficace d'accroître la compétence des professionnels de

that we have. The quality of that education flows directly from the research. Universities are not the exclusive place for such research but, certainly, research is one of their prime missions.

The second commitment is funding more research in public health and intervention, prevention and knowledge transfer. Currently, the public health agency has developed some research in practice chairs. Enhancing and expanding that program would be important in order to draw the kind of people needed in the university setting to carry out this work.

I keep coming back to this nexus of theory and practice. We need to fund closer links between the knowledge producers and the knowledge users — the public health professionals, researchers and students — so that we can have accountability in public health program delivery. Thus, that nexus becomes very important.

To fund capital infrastructure and information technology, there has been a wonderful investment in Canada Health Infoway, which is a communications strategy for public health across the country. Dr. Anand has spoken to the need for better communications to be able to track people and to have good data analysis and communications. All of that is critical. A good start has been made so it is important to continue with it and look at ways to improve it. Universities can be helpful. Every element of public health should be a node on that network. All of it should be brought together so that data can be tracked and data analysis can be enhanced as you look for causes of disease.

A commitment at the federal level to enhance the capability of Canada's post-secondary education sector would enable us to leverage funding from the provinces and territories to invest in public health education. Right now, the university consortium is carrying out a detailed needs analysis so that we can provide guidance on the magnitude of what such an investment would need to be. Various institutions are at different levels of their development — for example, some have schools, some are getting ready to have a school. Some are looking at just a single degree program which they would like to expand or looking at the network of institutions, organizations and continuing education programs that would be necessary. We hope to have that in the next month or two.

We look forward to continuing this initiative and to talking with you about what we are doing. Thank you for the opportunity to appear before you.

The Chair: Thank you, Ms. Hitchcock. I apologize for my voice. This is a key area that we must address in our report — namely, the human resource situation that exists now. Many good things have happened, including the new Public Health Agency of Canada and the beefing up of the provinces in public health, but there is a tremendous lack of human resources. I am personally

la santé publique que nous possédons. La qualité de cette éducation dépend directement de la recherche. Les universités ne sont pas les seules à faire de la recherche, mais la recherche constitue certainement l'une de leurs missions primordiales.

Le deuxième engagement serait de financer davantage de recherche en santé publique, notamment au chapitre de l'intervention, de la prévention et du transfert des connaissances. L'Agence de santé publique a déjà créé quelques chaires de recherche appliquée. Il importe d'étendre et d'intensifier ce programme afin d'attirer dans le milieu universitaire le type de chercheurs pouvant mener à bien ce travail.

Je reviens encore à la convergence de la théorie et de la pratique. Il faut financer des liens plus étroits entre les producteurs et les utilisateurs du savoir — les professionnels de la santé publique, les chercheurs et les étudiants — de façon à avoir une meilleure reddition de comptes quant à la prestation des programmes de santé publique. Cette convergence est donc très importante.

Au chapitre du financement de l'infrastructure physique et informatique, il y a eu un merveilleux investissement dans l'Inforoute Santé du Canada, qui représente une stratégie de communication à l'échelle nationale dans le domaine de la santé publique. La Dre Anand a parlé de la nécessité de meilleures communications afin de pouvoir suivre les individus et assurer une bonne analyse et transmission des données. Tout cela est essentiel. C'est donc un bon début mais il importe de poursuivre l'effort et de chercher à améliorer le système. Les universités peuvent être utiles. Chaque élément de la santé publique pourrait être un point névralgique dans ce réseau. Tous doivent être mis en communication afin que ces données puissent être suivies et de renforcer l'analyse des données aux fins de la recherche des causes des maladies.

Un engagement au niveau fédéral de renforcer la capacité du secteur éducatif postsecondaire canadien nous offrirait un levier financier pour obtenir des fonds des provinces et territoires à investir dans l'éducation en santé publique. Actuellement, le consortium d'universités effectue une analyse détaillée des besoins de façon à pouvoir chiffrer l'ampleur de l'investissement requis. Les divers établissements en sont à des niveaux de développement différents — par exemple, certains ont des écoles, d'autres se préparent à en créer une. Certains envisagent simplement un programme à diplôme unique qu'ils aimeraient agrandir ou réfléchissent au réseau d'institutions, organisations et programmes d'éducation continue qui seraient nécessaires. Nous espérons avoir cela dans un ou deux mois.

Nous comptons poursuivre le travail sur cette initiative et ne manquerons pas de vous tenir au courant de ce que nous faisons. Merci de votre invitation à comparaître.

Le président : Merci, madame Hitchcock. Veuillez m'excuser, la voix me fait défaut. Il s'agit là d'un aspect crucial dont nous devrons traiter dans notre rapport, à savoir la pénurie actuelle de ressources humaines. Beaucoup de choses ont déjà été faites, notamment la création de la nouvelle Agence de santé publique du Canada et l'action renforcée des provinces dans le domaine de

delighted that the university establishment is addressing this because there is little guidance at this point in time. We will be relying on your guidance in our report.

I had the privilege of talking to you at some length one on one, so I will not take any more of your time because only 20 minutes remain. I want to let the senators ask you some questions. I will come back with whatever time is left.

Senator Pépin, who is vice-chair of this committee, will begin the questioning.

Senator Pépin: We had our first public health and school university in 2006. It was at the University of Alberta. L'Université de Montréal has one in the planning, as does the University of Toronto. You will also do one. You will start on the right foot.

Ms. Hitchcock: Yes.

Senator Pépin: You mentioned the original school of public health. What do you mean by "original school of public health"? Are there many differences between those schools and the universities and schools of public health? Is it other schools of public health? Should we only have public health at university? I understood that we should have regional schools, too. Did I misunderstand you?

Ms. Hitchcock: I was probably unclear there. I meant that it would be within the university, not a free-standing school. It would be one located in a way that it could deal with issues of a certain catchment area or region, but it would be within a university and networked to all the others around the country.

Senator Pépin: You spoke about the participation of the provincial governments and the federal government, but what level of participation by the federal government would you consider to be reasonable?

Ms. Hitchcock: With regard to types of investments, certainly research. The people and the research chairs that the public health agency has already spoken to is a logical place for federal investment.

There are also the skills training components. It is hard for me to envision a part of public health that does not fit a national jurisdiction because, by its very definition, it impacts the entire country as issues elsewhere impact the entire country. There is a global aspect as well as an international one.

With regard to the faculty, there are the chairs that could be established at an institution. Funding through the public health agency for skills training and continuing education programs would probably be carried out through such schools.

Senator Pépin: Would we have more personnel such as nurses and medical doctors?

la santé publique, mais le manque de ressources humaines est aigu. Je suis personnellement ravi que les universités prennent l'initiative, car il y a peu d'impulsion venant d'en haut à ce stade. Nous ferons appel à vos conseils pour la rédaction de notre rapport.

J'ai eu le privilège de m'entretenir avec vous en tête-à-tête, et je ne vais donc pas accaparer plus de temps, car il ne nous reste que 20 minutes. Je veux permettre aux autres sénateurs de poser quelques questions. S'il nous reste du temps, j'en poserai moi-même.

Le sénateur Pépin, la vice-présidente du comité, va entamer la période des questions.

Le sénateur Pépin : Nous avons eu notre première école de santé publique universitaire en 2006. C'était à l'Université de l'Alberta. L'Université de Montréal en projette une, tout comme l'Université de Toronto. Vous aussi allez en créer une. Vous partirez du bon pied.

Mme Hitchcock : Oui.

Le sénateur Pépin : Vous avez fait état de l'école de santé publique initiale. Qu'entendez-vous par « école de santé publique initiale »? Existe-t-il beaucoup de différences entre ces écoles et les universités et les écoles de santé publique? Existe-t-il d'autres écoles de santé publique? La santé publique devrait-elle être enseignée uniquement dans les universités? J'ai cru comprendre que vous préconisez également des écoles régionales. Ai-je mal compris?

Mme Hitchcock : Je n'ai probablement pas été claire. Je parlais d'écoles à l'intérieur des universités, et non pas autonomes. Ce serait une école située de façon à pouvoir couvrir les problèmes d'une certaine aire de drainage ou région, mais elle serait située à l'intérieur d'une université et en communication avec toutes les autres du pays à l'intérieur du réseau.

Le sénateur Pépin : Vous avez parlé de la participation des gouvernements provinciaux et du gouvernement fédéral, mais quel niveau de participation du gouvernement fédéral jugeriez-vous raisonnable?

Mme Hitchcock : Du point de vue des types d'investissements, il y aurait certainement la recherche. Les chaires de recherche que l'Agence de santé publique s'est déjà engagée à financier sont une destination locale de l'investissement fédéral.

Il y a également le volet formation professionnelle. Je ne vois aucune partie de la santé publique échappant à la compétence nationale parce que, par définition, elle concerne tout le pays du fait que les problèmes survenant en un lieu touchent tout le pays. Il y a aussi une dimension planétaire, ainsi qu'internationale.

Pour ce qui est du corps enseignant, des chaires pourraient être créées dans divers établissements. La formation professionnelle et les programmes d'éducation permanente financés par l'Agence de santé publique seraient probablement assurés par ces écoles.

Le sénateur Pépin : Aurons-nous davantage de personnel tel qu'infirmières et médecins?

Ms. Hitchcock: Exactly. There are so many different areas of types of personnel, be it an epidemiologist like Ms. Aronson or someone who is in emergency preparedness. That is a whole other area.

The birth of public health was food safety and water safety, so civil engineering. It is a multidisciplinary field and it is multidisciplinary in the environment. That is why a university environment makes sense because so many disciplines need to be involved.

To answer your question, I see the federal involvement — at least, as I understand the jurisdictional issues — as being a partnership not only with provinces, as provinces help to support the enrolment and support of students, but also with regard to the research and skills training component.

Senator Pépin: Thank you.

The Chair: Ms. Hitchcock, as the university consortium moves forward, which I think is terrific, are you interfacing, for example, with the federal-provincial public health establishment? Maybe Ms. Aronson can refer to this. Senators, Ms. Aronson did not have a formal presentation ready, but she is here to answer your questions.

The federal-provincial arrangements that the new public health agency is functioning under seem to be good. It seems to be working out well. I perceive there would be a tremendous opportunity for an evaluation of the human resource needs that the academic establishment across the country wants to address. Have you established any links yet as the consortium embarks on its fact-finding mission? Have you established any linkage with the federal-provincial meetings?

Ms. Hitchcock: We have worked closely with the Public Health Agency of Canada. We are aware of their particular directions and the particular approaches they are taking with regard not only to subject areas but also to that federal-provincial nexus. Ms. Aronson might want to add to that.

Kristan Aronson, Professor of Epidemiology, Queen's University: Ms. Hitchcock has met often with Dr. David Butler-Jones about these issues. At the provincial level, it was the province that gave Queen's University a grant to write a proposal for a school of public health. We were not given too much guidance, to be honest, but we had some guidance on the research areas in which they wanted to see expertise coming from the university. They are interested in affiliate agreements between universities in Ontario at the provincial level. We have worked with our counterparts in both the federal and provincial government and will continue to do so.

Jamie Hocjin, within the PHAC, has been in touch with us. Several people are trained already at Queen's in the executive leadership program, or MBA. It has an excellent reputation. Our idea there is to bring people from public health to the university and to work together to develop an executive leadership-type of

Mme Hitchcock : Exactement. Il faut un grand nombre de catégories de personnel, qu'il s'agisse d'épidémiologistes comme Mme Aronson ou de quelqu'un spécialisé dans la protection civile, laquelle représente tout un domaine à part.

À l'origine de la santé publique il y avait la salubrité des aliments et de l'eau, et il existe donc une dimension génie civile. C'est un domaine multidisciplinaire et un environnement multidisciplinaire. C'est pourquoi le cadre universitaire est indiqué, parce qu'un si grand nombre de disciplines doivent être mises en jeu.

Pour répondre à votre question, je conçois la participation fédérale — selon ce que je sais des questions de partage des pouvoirs — comme un partenariat non seulement avec les provinces, lesquelles appuient financièrement les étudiants, mais aussi du point de vue du volet recherche et formation professionnelle.

Le sénateur Pépin : Merci.

Le président : Madame Hitchcock, au fur et à mesure que le consortium d'universités se précise, ce que je trouve excellent — êtes-vous en relation avec le système de santé publique fédéral-provincial? Peut-être Mme Aronson pourrait-elle en traiter. Sénateurs, Mme Aronson n'avait pas de mémoire formel prêt à présenter, mais elle est disponible pour répondre à vos questions.

L'arrangement fédéral-provincial sous le régime duquel fonctionne la nouvelle Agence de santé publique semble bon. Cela semble bien fonctionner. J'ai l'impression qu'il y aurait là une excellente occasion d'évaluer les besoins en ressources humaines que le monde universitaire à travers le pays veut satisfaire. Avez-vous déjà noué des contacts au moment où le consortium entame sa mission de formation? Avez-vous établi des liens avec les réunions fédérales-provinciales?

Mme Hitchcock : Nous collaborons étroitement avec l'Agence de santé publique du Canada. Nous connaissons ses orientations particulières et les démarches qu'elle suit, non seulement par rapport aux différentes disciplines mais aussi aux relations fédérales-provinciales. Peut-être Mme Aronson voudrait-elle ajouter un mot.

Kristan Aronson, professeur d'épidémiologie, Université Queen's : Mme Hitchcock a souvent rencontré le Dr David Butler-Jones à ce sujet. Au niveau provincial, c'est la province qui a accordé à l'Université Queen's une subvention pour rédiger une proposition en vue de la création d'une école de santé publique. Nous n'avons guère reçu de directives, pour parler franchement, mais nous avons eu quelques indications quant aux domaines de recherche pour lesquels la province souhaite les avis experts de l'université. Elle est intéressée par des accords de coopération entre universités ontariennes, au niveau provincial. Nous nous concertons avec nos homologues tant du gouvernement fédéral que provincial et continuerons de le faire.

Jamie Hawkin de l'ASPC est en contact avec nous. Plusieurs personnes sont déjà formées à Queen's dans le cadre du programme au MBA de leadership des cadres. Il jouit d'une excellente réputation. Notre idée est d'amener des cadres de l'Agence à l'université et de collaborer pour mettre au point un

idea within public health. Jamie Hocjin and I have been talking about this. First, the PHAC is doing an environmental scan across the country to see where the expertise is in this type of thing.

I will add one more thing. Continuing education is all the way from a one-day workshop on a particular subject that we need to know about quickly, through to this training of managers or higher-level people who show potential to be leaders in an area. That would be more the executive training. On the whole, it is a massive number of people.

Women who are trained as nurses often do not want to work shift work. Where do they go — public health. That is great and altruistic of them to do, but they have no specific training in public health. That is a real issue. While they are in the field, they cannot leave their job for financial and family reasons and then they need quick training that is accessible to them, either through distant education or through coming in for short bursts of intensive skills training that they can take back to the public health units. Those are some of our ideas and our connections, both at the provincial and federal level.

The Chair: Thank you.

Senator Fairbairn: Thank you both very much. It is uplifting and encouraging listening to you.

When you were talking about our soldiers and the situation that they have wilfully chosen to put themselves into, I wondered how we could help those who come back home with difficulties. It popped into my mind how sometimes putting things together that you had not thought of previously, produces something quite terrific.

Do you know anything about the program that has been engaged in the last year called Soldier On? It is a combination of the Department of National Defence and the Canadian Paralympic Committee. Carleton University has been very involved with it.

Our Paralympians have met with soldiers and encouraged them to get into sledge hockey, for example, that these things can be done. They are an amazing group themselves. I do not know how far it has gone — and I am very much involved with the Paralympic movement — but it has had quite a bit of interest and success in that it has, right off the bat, startled our soldiers into thinking: Good grief! On the other hand, if you look at those who are working with them, you think: They, too, have difficulties and they are doing it.

This has apparently had a positive response once they psychologically get through the whole thing. It has been a positive experience for some of our young soldiers who have come back and discovered that there are ways to carry on. I am wondering if you had heard of that program at all.

genre de programme de leadership pour les cadres de la santé publique. Jamie Hawkin et moi en avons parlé. L'ASPC va tout d'abord dresser un état des lieux à travers le pays pour voir où se situe l'expertise dans ce domaine.

J'ajouterais encore une chose. L'éducation permanente peut aller d'un atelier d'un jour sur un sujet donné avec lequel il faut se familiariser rapidement jusqu'à cette formation de cadres ou de gens de haut niveau offrant le potentiel de devenir des leaders dans un domaine. Ce serait davantage une formation de gestionnaires. Au total, cela représente un nombre énorme de personnes.

Les femmes ayant une formation d'infirmière ne veulent souvent pas faire de travail posté. Où vont-elles? Dans la santé publique. C'est excellent et très altruiste de leur part, mais elles n'ont pas de formation spécifique en santé publique. C'est un vrai problème. Tant qu'elles sont sur le terrain, elles ne peuvent quitter leur poste pour des raisons financières et familiales, et ensuite elles ont besoin d'une formation rapide et accessible, soit sous forme d'éducation à distance soit de brefs cours intensifs de perfectionnement professionnel qui leur serviront dans les unités de santé publique. Voilà quelques-unes de nos idées et de nos connexions, tant au niveau provincial que fédéral.

Le président : Merci.

Le sénateur Fairbairn : Merci beaucoup. Il est rassurant et encourageant de vous entendre.

Lorsque vous avez parlé de nos soldats et de la situation dans laquelle ils ont volontairement choisi de se placer, je me suis demandé comment nous pouvions aider ceux qui reviennent avec des séquelles. Il m'est venu à l'esprit que, parfois, le fait de mettre ensemble des choses auxquelles on n'avait pas songé auparavant peut produire quelque chose de très positif.

Connaissez-vous un programme lancé l'an dernier du nom de Soldats en mouvement? Il s'agit d'une coopération entre le ministère de la Défense nationale et du Comité paralympique canadien. L'Université Carleton y a beaucoup contribué.

Nos athlètes paralympiques ont rencontré des soldats et les ont encouragés à se lancer dans le hockey sur luge, par exemple, pour leur montrer que ces choses sont possibles. Ils sont eux-mêmes un groupe étonnant. Je ne sais pas jusqu'où les choses sont allées — et je suis moi-même très impliqué dans le mouvement paralympique — mais ce programme a suscité pas mal d'intérêt en ce sens que, au départ, nos soldats se sont sentis un peu secoués à l'idée. Puis ils se sont rendu compte que ceux qui travaillent avec eux ont aussi leurs difficultés et ne se laissent pas arrêter pour autant.

Ce programme a apparemment reçu un bon accueil, une fois qu'ils ont réussi à surmonter la barrière psychologique initiale. Cela a été une expérience positive pour certains de nos jeunes soldats de retour de la guerre qui ont découvert qu'il y a des façons de s'en sortir. Je me demandais si vous aviez entendu parler de ce programme.

Ms. Hitchcock: Actually, I have heard of the program. I did not know it was called Soldier On, but I know the head of Carleton University and so I am aware of the program. It is exciting.

Senator Fairbairn: We were very involved in that, and it has made a difference with some soldiers. Is that the kind of thing that you think would be useful, depending on the issue?

Ms. Hitchcock: It certainly would be useful. Part of what we had been thinking about in conversations with our colleagues — of course, you know the Royal Military College is in Kingston — was the issue of the increased use of our military in emergency preparedness situations. There is a slightly different nuance to what you are saying.

It was really given the fact that they are often thrust into situations of emergency as first responders. Public health training, be it in a continuing education or an executive training kind of situation, could be helpful and quickly increase the number of people who could be trained in public health when they are thrust into an emergency situation. It is a capacity-building kind of strategy.

The more those relationships grow, however, the more opportunities like Soldier On appear.

Senator Fairbairn: It speaks out, especially to the younger ones coming in, that there is another life.

Senator Cochrane: Ms. Hitchcock, in your brief you made reference to the underlying infrastructure problems that we have in public health here in Canada.

From your perspective, what are some of the most pressing infrastructure needs that we face now?

Ms. Hitchcock: I think the major one, to use the word "infrastructure" in an inclusive way, is the issue of trained personnel. That is the major infrastructure issue.

We have programs of different types, many very good ones, but if you look at the place of delivery, such as the local community, we have large deficits. There are wonderful studies. The Naylor report and others have quantified some of those shortfalls. I would say that is the major one.

Research is hard to separate from that because what you teach derives ultimately from quality research on intervention and public health practice.

Senator Cochrane: You are talking about doctors and nurses. Is that right?

Ms. Hitchcock: Doctors and nurses, epidemiologists, people in areas of safety, microbiologists and technologists. You might want to add to the list. We have deficits in all of those areas.

I think one of the needs analysis issues we are discussing is looking across all of those personnel needs and quantifying what it would take to bring people in the field up to a higher standard

Mme Hitchcock : Oui, effectivement. Je ne savais pas qu'il s'appelait Soldats en mouvement, mais je connais le doyen de l'Université Carleton et il m'a parlé de ce programme. Il semble excellent.

Le sénateur Fairbairn : Nous avons beaucoup travaillé là-dessus et il a fait une différence pour certains soldats. Est-ce là le genre de chose qui vous paraît utile, selon la nature du problème?

Mme Hitchcock : Ce serait certainement utile. Ce à quoi nous réfléchissions dans nos conversations avec nos collègues — bien entendu, le Collège militaire royal se trouve à Kingston — c'était le recours accru aux forces armées en situation de catastrophe. C'est une dimension un peu différente de celle que vous évoquiez.

Souvent, les militaires se trouvent plongés dans des situations de crise comme premiers intervenants. Une formation en santé publique, que ce soit sous forme d'éducation continue ou d'un stage de leadership de dirigeant, pourrait être utile et accroître rapidement le nombre des personnes ayant une formation en santé publique lorsqu'ils se trouvent plongés dans des situations de crise. C'est une stratégie de type édification de capacité.

Mais plus ces relations se développent, plus apparaissent des opportunités comme Soldats en mouvement.

Le sénateur Fairbairn : Cela montre, surtout aux plus jeunes qui rentrent, qu'il existe une autre vie.

Le sénateur Cochrane : Madame Hitchcock, dans votre mémoire vous avez parlé des problèmes infrastructurels sous-jacents que nous avons au Canada dans le domaine de la santé publique.

Selon votre optique, quels sont les besoins infrastructurels les plus pressants?

Mme Hitchcock : Le principal, pour employer le mot « infrastructure » au sens large, est la pénurie de personnel qualifié. C'est le plus gros problème infrastructurel.

Nous avons des programmes de différents types, dont beaucoup sont excellents, mais si vous regardez ce qui se passe sur le lieu de la prestation, c'est-à-dire la collectivité locale, il existe de gros déficits. Il existe de merveilleuses études. Le rapport Naylor et d'autres ont quantifié certains de ces déficits. Je dirais que le personnel est le plus gros.

Il est difficile de séparer la recherche de cet aspect, car ce que vous enseignez provient finalement d'une recherche de qualité sur l'intervention et la pratique de santé publique.

Le sénateur Cochrane : Vous entendez par-là les médecins et infirmières. Est-ce exact?

Mme Hitchcock : Les médecins et infirmières, les épidémiologistes, les spécialistes de la sécurité, les microbiologistes et technologistes. On peut continuer la liste. Nous avons des déficits dans tous ces domaines.

L'une des analyses de besoins dont nous parlons recense tous ces besoins en personnel et détermine ce qu'il faudrait pour porter à un niveau de formation supérieur tous ceux travaillant sur le

of expertise as well as new people entering the field, which will take incentives and education that there is another career path for people interested in the human life sciences.

Senator Cochrane: Is that the same right across the country?

Ms. Hitchcock: Yes. I am speaking from a national perspective now. Certainly there are areas that are better served. Certainly Aboriginal northern communities are underserved more than other areas. There are particular areas of the country that have greater needs.

Senator Cochrane: You say that the national strategy you and your partners are proposing would require federal investment. What level of investment are you talking about? Have you determined a dollar figure? Have you presented your proposal to the Minister of Health or to government officials? If so, how was it received?

Ms. Hitchcock: We are in the midst of the needs analysis as we speak. We hope to have it completed by the end of this month or next month.

The needs analysis will address the training aspects. It will investigate different programs that exist but need to be enhanced. It will create a number of schools spread across the country, and there will be research and communications issues. Some of these things are being addressed, albeit modestly at this point, through the Public Health Agency of Canada.

Certainly, the $100-million investment in Infoway is a wonderful beginning because communications is such an important piece of the infrastructure. We are in the midst of doing that right now. We have been working with the Minister of Health's office and the public health agency so they are aware of what we are doing, and that definitive proposal for exact needs will be forthcoming in a month or two.

Senator Cochrane: That is good to hear.

The Chair: We fundamentally have two minutes left. As chair of the committee, I want to ask you something important. Senator Brown, do you have an urgent question? I do not want to pre-empt you.

Senator Brown: No.

The Chair: At the community level, when in fact you begin to solve the human resource problem and people become available, do you think these people would be best integrated into community centres with community health teams and community social services, et cetera, or should the public health officers be linked more closely with the upper echelon of public health activities at the provincial level?

terrain, ainsi que les nouveaux arrivants dans le domaine, ce qui suppose des encouragements et une sensibilisation pour montrer qu'il existe une nouvelle voie de carrière pour ceux qui s'intéressent aux sciences de la vie humaine.

Le sénateur Cochrane : La situation est-elle la même dans tout le pays?

Mme Hitchcock : Oui. Je m'inscris là dans une optique nationale. Certes, certaines régions sont mieux desservies. Certaines localités autochtones du Nord sont plus mal desservies que d'autres. Il existe des régions particulières du pays connaissant de plus grands besoins.

Le sénateur Cochrane : Vous dites que la stratégie nationale que vous et vos partenaires proposez exigerait un investissement fédéral. De quel niveau d'investissement parlez-vous? Avez-vous calculé un chiffre? Avez-vous présenté votre proposition au ministre de la Santé ou à des fonctionnaires? Si oui, comment a-t-elle été reçue?

Mme Hitchcock : Nous sommes au milieu de l'analyse des besoins en ce moment. Nous espérons l'avoir terminée d'ici la fin de ce mois ou le mois suivant.

L'analyse des besoins couvrira la formation. Elle examinera différents programmes existants mais qui ont besoin d'être renforcés. Plusieurs écoles devront être créées, disséminées à travers le pays, et il y aura un besoin de recherche et de communication. Certaines de ces choses sont déjà entreprises, mais à une échelle modeste jusqu'à présent, par l'Agence de la santé publique du Canada.

En tout cas, l'investissement de 100 millions de dollars dans l'Inforoute est un merveilleux début parce que les communications représentent un élément si important de l'infrastructure. Nous sommes donc en train de chiffrer les besoins. Nous collaborons avec le cabinet du ministre de la Santé et l'Agence de santé publique afin qu'ils soient au courant de ce que nous faisons, et cette proposition chiffrant précisément les besoins sera disponible dans un mois ou deux.

Le sénateur Cochrane : Je suis ravie de l'entendre.

Le président : Il nous reste à peu près deux minutes. En tant que président du comité, j'aimerais poser une question importante. Sénateur Brown, avez-vous une question urgente? Je ne veux pas vous évincer.

Le sénateur Brown : Non.

Le président : Au niveau communautaire, lorsque vous commencerez à résoudre le problème des ressources et que du personnel deviendra disponible, pensez-vous qu'il vaudra mieux intégrer ce personnel dans les centres communautaires, avec des équipes de santé communautaire et les services sociaux communautaires et cetera, ou bien les agents de santé publique devraient-ils plutôt être situés à l'échelon supérieur des activités de santé publique, au niveau provincial?

Ms. Hitchcock: My answer is "yes" to both questions but for different reasons. Given the fact that environmental, social and behavioural issues are so much a part of the determinants, having close linkages with agencies that deal with those directly is a good thing.

A critical issue, however, is that the entire public health apparatus of the country be networked so that you can have search capacity when there is a regional issue. The data across the regions must be brought together.

My background in this is the CDC, Centers for Disease Control, model in the United States. The CDC, which may be a counterpart of the Public Health Agency of Canada, is the governmental coordinating mechanism that recommends and sets standards across the country and has data protocols. They have ways to communicate across all of the agencies. An important note on that network is the New York State Department of Health which, second to the CDC, is the largest. The CDC acts not so much as a regulator as a facilitator of collaboration.

Having protocols for data reporting across all the aspects of public health is absolutely critical to quality public health delivery. Standards must be met, otherwise the data reporting does not provide the ability to determine the cause of a particular epidemic or issue. You need that, and the CDC acts in that coordinating role. It is a powerful model.

The linkage of public health not being isolated from agencies that can address some of the determinants around chronic disease issues is important as well, but there is a different rationale for it.

Ms. Aronson: Although clinics would be important, it may be too much in a medical model. As Ms. Hitchcock says, connection to the community agencies that are interested in increasing physical activity and decreasing obesity, et cetera, and legislative infrastructure are important pieces of public health that you do not think of in the more medical model of a community-based clinic.

The Chair: The thinking that is evolving from our information in population health is to move away from the medical model — in other words, to have a model that can embrace the dozen or more determinants of health.

Ms. Aronson: That is good and the interactions of those.

The Chair: That is right in order that healthy living and so forth can be promoted, and definitely not through the health care delivery system.

Ms. Aronson: That is encouraging.

The Chair: It should be allied with the health care delivery system.

Mme Hitchcock : Ma réponse est oui aux deux questions, mais pour des raisons différentes. Étant donné que les conditions environnementales, sociales et comportementales sont tellement indissociables des déterminants, le fait d'avoir des liens étroits avec les organismes qui traitent directement de ces aspects est une bonne chose.

Mais il est primordial, toutefois, que tout l'appareil de santé publique du pays soit relié en réseau, afin d'avoir une capacité de recherche lorsqu'il se pose un problème régional. Il faut pouvoir mettre ensemble les données de toutes les régions.

Mes antécédents se situent dans le modèle du CDC, Center for Disease Control, aux États-Unis. Le CDC, qui est peut-être l'homologue de l'Agence de santé publique au Canada, est le mécanisme gouvernemental de coordination qui recommande et fixe les normes pour tout le pays et possède des protocoles de traitement des données. Il a des moyens de communiquer avec toutes les agences. Un élément important de ce réseau est le Department of Health de l'État de New York qui est la plus grosse agence après CDC. Le CDC n'a pas tant pour rôle de réglementer que de faciliter la collaboration.

L'existence de protocoles de transmission des données entre tous les domaines de la santé publique est absolument vitale pour la qualité des services de santé publique. Les normes doivent être respectées, sinon les données rassemblées ne permettent pas de déterminer la cause d'une épidémie ou d'un problème particulier. C'est indispensable, et le CDC joue ce rôle de coordination. C'est un excellent modèle.

Le fait que la santé publique ne soit pas isolée des organismes qui peuvent agir sur certains des déterminants des maladies chroniques est important également, mais cela obéit à une logique différente.

Mme Aronson : Bien que les cliniques soient importantes, elles représentent peut-être un modèle trop médical. Comme le dit Mme Hitchcock, la liaison avec les agences communautaires qui encouragent l'activité physique et luttent contre l'obésité, et cetera, et avec l'infrastructure législative représente un aspect important de la santé publique qui serait négligé dans le cadre plus médical d'une clinique communautaire.

Le président : La conception qui émerge de nos données sur la santé de la population n'est pas en faveur du modèle médical — autrement dit, elle penche pour un modèle qui puisse couvrir la douzaine ou plus de déterminants de la santé.

Mme Aronson : C'est juste, et aussi les interactions entre ces déterminants.

Le président : Tout à fait, et ce afin de pouvoir promouvoir une vie saine et ainsi de suite, et certainement pas par le biais du système des soins de santé.

Mme Aronson : C'est encourageant.

Le président : Mais il faut une alliance avec le système des soins de santé.

Unfortunately, we are out of time. The human resource component is a very important part of our report and we are delighted that the universities have taken this on, and we are delighted with the leadership from Queen's. Thank you for coming here.

The committee continued in camera.

OTTAWA, Friday, April 18, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9 a.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (C*hair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Good morning, ladies and gentlemen, honourable senators. This is truly an exciting day for us in the Senate Subcommittee on Population Health to have such an outstanding group of people around the table to help us find our way in our report.

As you know, we have issued four preliminary reports. The first was on the international scene as it relates to population health. We tabled our second report after our visit to Cuba. Fundamentally, we wanted to look at Cuba's polyclinic structure, which fascinated us along with their statistics. Cuba has the health status of a developed country. It is very similar to our own and well ahead of the other Latin American countries. In many areas, it is well ahead of the United States of America. We were interested in how they achieved that outcome. That study and its conclusions constituted our second report.

The third report catalogued what exists in Canada at the federal, provincial and territorial levels. At the end of that report, I wrote a statement and that is one reason we have called on all of you to come help us find our way in the fourth report.

The final paragraph in the third report indicates that despite all of the resources that Canada has poured into health, we really have not achieved the desired outcomes. Various data shows that we are not doing nearly as well as we would like from a health point of view. The WHO data ranks us ninth among thirty countries in terms of life expectancy of women. Ms. Bégin may reference this data later. UNICEF ranks us twelfth out of twenty-one industrialized countries in terms of children's well-being. The most disturbing report I think is the recent Euro-Canada Health Consumer Index that places us twenty-third out of thirty in Total

Nous manquons malheureusement de temps. Le volet ressources humaines est une partie très importante de notre rapport et nous sommes ravis que les universités s'attellent à cette tâche et nous sommes ravis de l'initiative de Queen's. Merci d'être venues.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

OTTAWA, le vendredi 18 avril 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 9 heures, pour examiner, en vue d'en faire rapport, les divers facteurs et les diverses 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 : Mesdames et messieurs, honorables sénateurs, bonjour. C'est vraiment enthousiasmant, pour les membres du Sous-comité sur la santé des populations, de voir qu'un groupe de gens distingués comme vous soyez venus participer au processus qui va mener à la rédaction de notre rapport.

Comme vous le savez, nous avons publié quatre rapports préliminaires. Le premier portait sur ce qui se passe à l'échelle internationale dans le domaine de la santé des populations. Nous avons déposé notre second rapport après un voyage à Cuba. Notre but principal était d'examiner la structure des polycliniques de Cuba, qui nous fascinait, tout comme les chiffres concernant le pays. Au chapitre de la santé, Cuba est sur un pied d'égalité avec les pays industrialisés. La situation là-bas ressemble beaucoup à la nôtre, et Cuba est bien en avance sur les autres pays de l'Amérique latine. Dans beaucoup de domaines, ce pays est très en avance sur les États-Unis. Nous nous sommes intéressés à la façon dont le pays s'y est pris pour obtenir de tels résultats. L'étude que nous avons effectuée et les conclusions que nous avons tirées à l'issue de celle-ci font l'objet de notre second rapport.

Dans le troisième rapport, nous avons dressé la liste des ressources qui existent au Canada à l'échelon fédéral, dans les provinces et dans les territoires. À la fin de ce rapport, j'ai rédigé une déclaration qui constitue l'une des raisons pour lesquelles nous avons fait appel à vous tous dans le cadre du processus qui va mener à la rédaction de notre quatrième rapport.

Au dernier paragraphe du troisième rapport, on peut lire que, malgré toutes les ressources que le Canada a consacrées à la santé, nous n'avons pas vraiment obtenu les résultats souhaités. Des données diverses montrent que nous ne connaissons pas le succès que nous aurions voulu obtenir du point de vue de la santé. Les données de l'OMS placent le Canada au neuvième rang sur 30 pays pour ce qui est de l'espérance de vie des femmes. Mme Bégin reviendra peut-être sur ce chiffre plus tard. D'après les statistiques de l'UNICEF, le Canada se classe au 12^{e} rang, sur 21 pays industrialisés, pour ce qui est du bien-être des enfants. Le chiffre le

Index Score, and most disturbing, thirtieth out of thirty in Best Value for Money Spent. In other words, Canada is bottom last when it comes to value for money spent.

This subject has interested us for some time and we feel that we have been doing something wrong. We feel like we must correct this error. At first glance, it appears to be a lack of concentration and investment in population health and a paradoxical over-investment in a health care delivery system that is not nearly as efficient as it should be.

We will be proceeding over the summer and fall with a number of hearings and in December we will issue our final report. We hope that report will assist all levels of government and NGOs. We hope that report will assist all the resources we have in this great country to come together and find a solution to correct our indefensible health disparities. We hope to report on how to improve our overall health status and ease the burden, from an upstream perspective, on the health care delivery system. We all know that system is experiencing terrible problems.

I will introduce the participants. We have Mr. Steven Lewis from Saskatchewan, who has come here today to coordinate this entire event. You will be hearing a great deal from him as time goes by. We have Ms. Barbara Reynolds, the brains of our committee, our clerk; and Monique Bégin whom I think everyone knows, the current WHO Commissioner. Senator Art Eggleton is a good friend of mine and chair of the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology. I berate him every time I visit Toronto for not having built a tunnel between downtown Toronto and the airport when he was the Mayor of Toronto. He also has cabinet experience in government in various portfolios. He is a tremendous resource. Next is Mr. Mel Cappe who is President of the Institute for Research on Public Policy and has tremendous government experience in the past. Ms. Glenda Yeates was also a deputy minister, but is now CEO of the Canadian Institute for Health Information, CIHI. Senator Hugh Segal harasses me in the Senate on a daily basis, but I believe he is a man who knows all things; he can speak to any subject. He will tell us today how to approach this issue from a public policy perspective. We have Ms. Debra Lynkowski, CEO of the Canadian Public Health Association and Mr. Lars Osberg from the Department of Economics at Dalhousie University. Senator Catherine Callbeck is the former Premier of Prince Edward Island and she brings an interesting perspective to our committee along the way. Dr Jeff Reading will join us shortly. Ms. Diana MacKay is from the Conference Board of Canada. She recently coordinated a round table on the determinants of health. We have Mr. William Tholl from the Canadian Medical Association; Ms. Laura Corbett, one of our resource people; and Ms. Beverly Nickoloff, another resource person. Next is Ms. Armine Yalnizyan, Senior Economist at the Canadian

plus dérangeant, selon moi, c'est l'indice d'utilisation des services de santé d'Euro-Canada, qui classe le Canada au 23e rang sur 30, pour ce qui est de l'indice global, et, ce qui est encore plus grave, au 30e rang sur 30 pour ce qui est de l'optimisation des ressources. Autrement dit, le Canada est dernier à cet égard.

Le sujet dont nous parlons aujourd'hui nous intéresse depuis un certain temps, et nous pensons que nous nous sommes trompés quelque part. Nous sommes d'avis qu'il faut corriger cette erreur. De prime abord, il semble que nous n'avons pas suffisamment étudié la question de la santé des populations ni n'avons suffisamment investi dans ce domaine et que, paradoxalement, nous avons trop investi dans la prestation des soins de santé, qui est loin d'être aussi efficace qu'elle devrait l'être.

Nous allons tenir un certain nombre d'audiences au cours de l'été et de l'automne, et nous allons publier notre rapport final en décembre. Nous espérons que ce rapport viendra en aide à tous les ordres de gouvernement et à toutes les ONG. Nous espérons également que le rapport contribuera à faire en sorte que tous les intervenants du domaine dans notre grand pays se réuniront pour trouver une solution aux écarts injustifiables dans le domaine de la santé. Nous espérons pouvoir parler dans notre rapport de moyens d'améliorer la santé de la population en général et d'alléger, en amont, le fardeau qui pèse sur le système de prestation des soins de santé. Nous savons tous qu'il y a de gros problèmes dans ce système.

Je vais présenter les participants. M. Steven Lewis vient de la Saskatchewan, et il est ici pour coordonner l'événement. Vous allez l'entendre dire beaucoup de choses en cours de route. Mme Barbara Reynolds est le cerveau de notre comité et aussi notre greffière. Je pense que tout le monde connaît Monique Bégin, commissaire à l'OMS. Le sénateur Art Eggleton est un bon ami à moi, et il préside le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Chaque fois que je me rends à Toronto, je le tourmente parce qu'il n'a pas construit de tunnel entre le centre-ville de Toronto et l'aéroport lorsqu'il était maire de cette ville. Il a été membre du Cabinet et s'est occupé de différents portefeuilles. C'est une ressource extraordinaire. À côté de lui se trouve M. Mel Cappe, président de l'Institut de recherche en politiques publiques, qui a énormément d'expérience de travail au sein de la fonction publique. Mme Glenda Yeates a également été sous-ministre, mais elle est maintenant PDG de l'Institut canadien d'information sur la santé ou ICIS. Le sénateur Hugh Segal me harcèle tous les jours au Sénat, mais je pense qu'il est omniscient; il peut parler de n'importe quoi. Il va nous dire aujourd'hui comment aborder la question du point de vue des politiques publiques. Mme Debra Lynkowski est directrice générale de l'Association canadienne de santé publique. M. Lars Osberg travaille au département d'économie de l'Université Dalhousie. Le sénateur Catherine Callbeck est l'ancienne première ministre de l'Île-du-Prince-Édouard, et elle offre souvent des points de vue intéressants au comité. Le Dr Jeff Reading va se joindre à nous sous peu. Mme Diana MacKay représente le Conference Board of Canada. Elle a récemment animé une table ronde sur les déterminants de la santé. M. William Tholl représente l'Association médicale canadienne. Mme Laura Corbett et Mme Beverly Nickoloff

Centre for Policy Alternatives and Ms. Gina Browne from Systems-Linked Research Unit at McMaster University. Mr. John Wright, former Deputy Minister of Finance and Health in Saskatchewan who has a very interesting overarching perspective on all of this is with us today as well as Senator Joan Cook from Newfoundland who has all the wisdom of Newfoundlanders and Senator Joyce Fairbairn. Sharon Manson Singer joins us from the Canadian Policy Research Networks and David Dodge my goodness I almost ignored Mr. Dodge.

Participant: You will pay for that.

The Chair: We will pay for that.

The man who made all of us see that the rich are poor.

Senator Segal: Several times in both directions.

The Chair: Mr. Dodge was an outstanding Deputy Minister of Health before he moved into the job at the Bank of Canada.

We also have Dr. David Butler-Jones who is the Chief Public Health Officer and head of the new Public Health Agency of Canada; Ms. Louise Potvin from the University of Montreal; and Senator Lucie Pépin, who also is Deputy Chair of this committee.

Steven Lewis, Consultant, Access Consulting: Thank you and good morning all. Welcome to what I hope will be an exciting day.

I will not say much by way of introduction. I want to set the agenda in terms of what we hope to get out of the day. As you all know, there is a rich and deep understanding of the social determinants of health in Canada and a long intellectual tradition of elaborating on that subject. We also have a long tradition of trying to figure out what to do about it. It is difficult to address health inequalities and disparities. This subcommittee has set itself the task of moving the agenda forward in a way that has not been pursued vigorously or successfully before in the country.

We have invited a deliberately diverse group of people to begin a conversation that may take the country in a different direction. While we will be reviewing a number of aspects of the dimensions of the problem, our hope is to focus on strategies and tactics to move forward. We hope to move forward so that governments, the private sector and citizens in general take the issue a little more seriously. We hope to find a way to make investments, policies and decisions that will overcome some of the disparities that cost the country a lot of money, a lot of health, and some rather unhappy rankings in the international league tables, as Senator Keon has said. If all goes well, and if you all vigorously take up this challenge, I will not have to do much today, which is my goal, not to need to be heard from too much.

sont des personnes-ressources du comité. À côté d'elles se trouve Mme Armine Yalnizyan, économiste principale au Centre canadien de politiques alternatives. Mme Gina Browne travaille à la Systems-Linked Research Unit de l'Université McMaster. M. John Wright, ancien sous-ministre des Finances et de la Santé de la Saskatchewan s'est joint à nous aujourd'hui, et il a un point de vue général très intéressant sur tout cela. Le sénateur Joan Cook vient de Terre-Neuve, et elle possède toute la sagesse des habitants de cette province. Le sénateur Joyce Fairbairn est avec nous. Mme Sharon Manson Singer représente les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques. M. David Dodge... mon Dieu, j'ai presque oublié M. Dodge.

Une voix : Vous allez le payer.

Le président : Nous allons le payer.

L'homme qui nous a fait prendre conscience du fait que les riches sont pauvres.

Le sénateur Segal : À plusieurs reprises, dans les deux sens.

Le président : M. Dodge a été un excellent sous-ministre de la Santé avant d'occuper son poste à la Banque du Canada.

Nous recevons également le Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique à l'Agence de la santé publique du Canada. Mme Louise Potvin travaille à l'Université de Montréal. Le sénateur Lucie Pépin est vice-présidente du comité.

Steven Lewis, consultant, Access Consulting : Merci. Bonjour à tous. Bienvenue à une séance qui promet d'être très intéressante.

Je ne vais pas faire une longue introduction. Je veux simplement préciser ce que nous espérons faire aujourd'hui. Comme vous le savez tous, nous avons une compréhension riche et profonde des déterminants sociaux de la santé au Canada et une longue tradition intellectuelle d'étude sur le sujet. Nous avons aussi une longue tradition de questionnement sur ce qu'il faut faire dans ce domaine. Il est difficile de régler les inégalités et les écarts en matière de santé. Le sous-comité s'est donné pour tâche de faire avancer ce dossier par un moyen qu'on n'a pas encore vraiment utilisé à fond ou qui n'a pas encore donné de résultats au pays.

Nous avons délibérément invité un groupe hétérogène pour lancer un débat qui pourrait faire prendre une nouvelle tangente au pays. Nous allons aborder plusieurs des aspects du problème, mais nous souhaitons nous concentrer sur les stratégies et les tactiques qui feront avancer les choses. Nous souhaitons faire avancer le dossier de façon que les gouvernements, le secteur privé et la population en général envisagent la question avec plus de sérieux. Nous espérons trouver un moyen de faire des investissements, d'adopter des politiques et de prendre des décisions qui vont nous permettre de combler certains des écarts qui coûtent beaucoup d'argent au pays, qui font que beaucoup de gens ont des problèmes de santé et qui placent le pays à un rang peu enviable dans le classement de la ligue internationale, pour

We will take the opportunity to probe you if we think we need a little more elaboration, and we will try to move you in what may be modestly uncomfortable territory at times, that is, we do want some concrete suggestions, if possible, as to what we might do.

Obviously, there is no bible of how to do this well. There are some international examples that the committee has examined that show some inspirational successes, but as far as the Canadian context, how to move from a situation of significant inequality to reducing it substantially is a daunting task.

We hope for some creativity today. While we cannot say that nothing will leave this room, because the proceedings will be fully recorded and available, this is in the spirit of a creative experiment in policy deliberation. If we embrace that spirit, I think we will find this to be an incredibly useful day as the committee moves forward in the coming year or so.

That is all I will say by way of introduction, except that we do have four presentations, which are deliberately brief. While of course you will have the opportunity to ask for clarification and to ask direct questions, they are mainly intended to stimulate conversation, so do not feel there has to be a one-on-one with presenters.

Please feel free to engage in a dialogue with each other. If you hear something that stimulates you to a rejoinder, to take something in a different direction or to ask for an elaboration, even though this is a fairly large group, we would like to keep this conversation as informal as possible.

Senator Keon is, of course, the chair and I am the animateur. We will see how it goes in the morning. We plan to stick with our agenda, obviously, but if we think, after the morning session, that we might want to add a little wrinkle here or there, we will let you know before we start the afternoon sessions. We have thought about this carefully and hope these questions are the ones that have engaged you as well.

Without further ado, I would like to turn the proceedings over to our first presenter, Glenda Yates.

Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer, Canadian Institute for Health Information (CIHI): Thanks very much, Steven, and thank you, senators, for the invitation.

My role is really in my capacity with the Canadian Institute for Health Information. Although I have many personal opinions from having been a Deputy Minister of Health and Social Services in the Province of Saskatchewan, I will wear my CIHI hat certainly for the presentation portion, and try to set the stage. You asked me to speak about what we really know about health

reprendre les paroles du sénateur Keon. Si tout se passe bien, et si vous vous attaquez tous vigoureusement à ce défi, je n'aurai pas grand-chose à faire aujourd'hui, ce qui est mon objectif : que vous ne m'entendiez pas trop.

Nous allons vous questionner si nous pensons avoir besoin d'un peu plus de précisions, et nous allons vous pousser vers des zones qui seront peut-être légèrement inconfortables par moments, puisque nous aimerions obtenir des suggestions concrètes, si possible, sur ce que nous devrions faire.

Évidemment, il n'existe pas de solutions parfaites au problème dont nous nous occupons aujourd'hui. Le comité a examiné certains exemples de la scène internationale qui peuvent inspirer par leur succès, mais dans le contexte canadien, la tâche qui consiste à réduire de façon significative les inégalités est une tâche ardue.

Nous espérons que vous ferez preuve de créativité aujourd'hui. Nous ne pouvons vous assurer que rien ne va sortir de la salle, puisque l'audience va être enregistrée et que le contenu va en être diffusé, mais nous voulons que la séance se déroule dans l'esprit d'une expérience créative de débat sur les politiques. Si nous faisons les choses dans cet esprit, je pense que nous allons constater que la journée va être extrêmement utile pour la suite des travaux du comité, au cours de la prochaine année environ.

Voilà tout ce que je vais dire en guise d'introduction, mis à part le fait que nous allons écouter quatre exposés, qui sont délibérément courts. Vous aurez bien entendu la possibilité de demander des précisions ou de poser directement des questions, mais ces exposés ont surtout pour objectif de stimuler le débat, alors n'hésitez pas à discuter avec d'autres intervenants que les personnes qui vont présenter les exposés.

N'hésitez pas à discuter les uns avec les autres. Si vous avez envie d'intervenir, d'orienter la discussion vers un nouveau sujet ou de demander une précision, même si le groupe est assez gros, nous aimerions que la conversation se déroule le plus librement possible.

Bien entendu, le sénateur Keon préside la séance, et je l'anime. Nous allons voir comment les choses vont se passer pendant la matinée. Nous prévoyons nous en tenir à notre programme, évidemment, mais si nous jugeons qu'il convient d'ajouter un petit quelque chose par-ci ou par-là après la séance de la matinée, nous allons vous le dire avant le début des séances de l'après-midi. Nous avons bien réfléchi à tout cela, et nous espérons que ces questions seront celles qui vont susciter votre intérêt aussi.

Sans plus tarder, j'aimerais céder la parole à notre premier témoin, Mme Glenda Yeates.

Glenda Yeates, présidente-directrice générale, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : Merci beaucoup, Steven, et merci, sénateurs, de m'avoir invitée.

J'interviens ici à titre de représentante de l'Institut canadien d'information sur la santé. J'ai de nombreux points de vue personnels sur la question, ayant été sous-ministre de la Santé et des Services sociaux en Saskatchewan, mais je vais jouer mon rôle de représentante de l'ICIS, du moins le temps de mon exposé, et je vais essayer de préparer le terrain. Vous m'avez demandé de

disparities, which is our first theme, and you have asked some specific questions about the role that data and information can play.

There I wear all the hats that I have ever worn. I am a passionate believer that data and information are enormously powerful tools. In the options paper the committee asked some questions about how we move this forward and how we can change the national conversation on population health and health care. I am a firm believer that information and data are a part of that solution. You are asking some specific questions about what we might do there.

No data presentation is complete without PowerPoint, so for those of you who are sick to death of PowerPoint presentations I will apologize at the outset. I will apologize particularly to Monique, since I gave her a late night, I understand, as a result. I do want to take you through the deck very quickly, which will set the stage. I know that the committee and those around the table are very familiar with many of these questions.

[*Translation*]

You asked us what we know about health disparities and what we are still exploring. Those of you who read the CIHI reports know that we often cover what we know and what we do not know. In population health it tends not to be so black and white but rather what we are still exploring, because there are some areas where the data is indicative but not entirely firm. Finally, what can we do to fill the gaps in terms of information? You are looking for action, and we have some thoughts there.

In terms of what we know about health disparities, differences in life expectancy is dealt with on slide 4. You have all seen these. I have put them together in this way so that you can see that internationally Canada does fairly well on the life expectancy dimension. However, when you look within Canada you see the differences. There is an 11-year difference between British Columbia and Nunavut, for example. There are differences even within individual provinces. In the Province of Quebec, you can see the life expectancy differences between Montreal and Gatineau. There are differences even locally of over two years in that instance. Looking even more locally, work done by the Montreal public health department shows a greater than 13-year-difference among the areas within Montreal.

Again, the data really matters. It can change your view of where the problems are and where you might find the successful intervention points. I will suggest later that that local level of

parler de ce que nous savons vraiment au sujet des disparités en matière de santé, qui sont notre premier thème, et vous m'avez également posé des questions précises sur le rôle que les données et l'information peuvent jouer.

Dans ce domaine, je vais puiser dans l'expérience que j'ai acquise dans tous les rôles que j'ai joués. Je suis tout à fait convaincue que les données et l'information sont des outils extrêmement puissants. Dans le document sur les options proposées, le comité a posé des questions sur les moyens de faire avancer le dossier et de réorienter le débat national sur la santé des populations et les soins de santé. Je crois fermement que l'information et les données font partie de la solution. Vous soulevez des questions précises quant à ce que nous pourrions faire à cet égard.

Aucune présentation de données n'est complète sans PowerPoint, alors je m'excuse tout de suite auprès de ceux d'entre vous qui ne peuvent plus supporter les présentations PowerPoint. Je veux présenter mes excuses surtout à Monique, qui, d'après ce que j'ai compris, s'est couchée tard à cause de moi. Je veux vous présenter les diapos très rapidement, pour préparer le terrain. Je sais que les membres du comité et les autres personnes ici présentes sont tout à fait au courant des questions que je vais aborder.

[*Français*]

Vous nous avez demandé ce que nous savons des disparités en matière de santé, et nous sommes encore en train d'étudier la question. Les gens qui lisent des rapports de l'ICIS savent que ceux-ci portent souvent sur ce que nous savons et sur ce que nous ne savons pas encore. Dans le domaine de la santé des populations, les choses ont tendance à ne pas être aussi tranchées; c'est plutôt que l'étude est encore en cours, parce que les données révèlent certaines choses sur tel ou tel sujet mais ne sont pas encore tout à fait sûres. Enfin, que pouvons-nous faire pour combler les lacunes en matière d'information? Vous aimeriez voir les choses bouger, et nous avons certaines idées à cet égard.

Pour ce qui est de ce que nous savons des disparités en matière de santé, la diapo 4 porte sur les différences d'espérance de vie. Vous avez tous vu ces chiffres. Je les ai regroupés de cette façon pour que vous puissiez voir que le Canada se classe assez bien, dans le monde, au chapitre de l'espérance de vie. Cependant, si vous jetez un coup d'œil sur la situation au Canada, vous pouvez constater qu'il y a des différences. Il y a une différence de 11 ans entre la Colombie-Britannique et le Nunavut, par exemple. Il y a même des écarts à l'intérieur d'une même province. Au Québec, vous pouvez voir qu'il y a une différence entre l'espérance de vie à Montréal et à Gatineau. Dans ce cas-ci, l'écart est supérieur à deux ans. À plus petite échelle encore, le réseau de la santé publique de Montréal a effectué des travaux qui montrent un écart de plus de 13 ans entre certains secteurs de la ville.

Encore une fois, il est important d'avoir des données. Celles-ci peuvent modifier l'idée que vous vous faites de l'endroit où il y a des problèmes et des endroits où il faut intervenir pour que

information is one area where we can act most effectively, and we do have challenges in terms of using information in that area.

Slide 5 shows the life expectancy differences for females between First Nations and other Canadian females. The good news on this slide is that it shows that over the 20-years from 1980 to 2000, we see a diminishing difference, but it is still very significant.

Recent studies from Statistics Canada show areas inhabited by Inuit versus the Canadian population. The results show a lengthened life expectancy for the Canadian population as a whole but no improvement in Inuit areas. There are clearly significant challenges in terms of the First Nations and Inuit population. We know less about the other Aboriginal populations just because of data.

Slide 6 deals with infant mortality. Much is often made about how Canada ranks in this measure. In terms of an overall population measure, how well are we doing on infant mortality? We have looked at this in some detail, and we know that there are some differences in how Canada collects data, so I would caution that the data are not perfectly comparable, as probably no international data is perfectly comparable. Nonetheless, we see here that while infant mortality has been getting better in Canada, there are many countries that do better than we do on this measure, which is a fundamental population health measure.

I did not want to inundate you with too many slides, but there are significant differences between provinces, and between First Nations and non-First Nations, for example. That figure is an average which, to a certain extent, hides a significant disparity.

People have been doing a lot of good work here in Canada about the reasons. Statistics can talk about what we can see, but there have been many people looking at this in Canada, where we have a strong research tradition, and trying to get at those social determinants. In the next slides I will touch on what we know about income, education and a few other indicators. People have been documenting the range and complexity of the social determinants of health.

The income gradient, on slide 8, is well known to this committee. Distressingly, it is very robust. Those who report their health self-reported very good or excellent. We consistently see a significant difference between lowest and highest income, and even between middle income and high income. I find even the upper levels of the gradient interesting. This is from survey data of 2005. That is from individual responses.

l'intervention soit efficace. Je vais vous parler tout à l'heure du fait que ce sont des renseignements obtenus à l'échelle locale qui nous permettent d'agir avec le plus d'efficacité et que nous avons de la difficulté à utiliser l'information à l'échelle locale.

La diapo 5 présente la différence d'espérance de vie entre les femmes membres des Premières nations et les autres. La bonne nouvelle, c'est que, pour la période de 20 ans qui va de 1980 à 2000, nous constatons que l'écart rétrécit, mais il est encore très important.

Statistique Canada a réalisé récemment des études dans le cadre desquelles on a comparé les régions où vivent les Inuits au reste du Canada. La comparaison a révélé que l'espérance de vie a augmenté pour l'ensemble de la population canadienne, mais pas dans les régions inuites. Il est clair qu'il y a des problèmes importants chez les Premières nations et chez les Inuits. Nous savons moins de choses au sujet des autres populations autochtones, tout simplement parce que nous disposons de moins de données sur celles-ci.

La diapo 6 porte sur la mortalité infantile. On parle souvent du rang qu'occupe le Canada en fonction de cet indicateur. Où se situe le Canada, dans l'ensemble, au chapitre de la mortalité infantile? Nous avons examiné cette question en détail, et nous savons que le processus de collecte des données qu'on utilise au Canada est différent de celui qu'on utilise ailleurs, alors je dois vous dire que les données ne sont probablement pas tout à fait comparables, comme c'est probablement le cas de tout type de données à l'échelle internationale. Néanmoins, nous voyons ici que, si le taux de mortalité infantile a diminué au Canada, il y a beaucoup de pays qui se classent mieux que le Canada en fonction de cet indicateur, qui est un indicateur d'une importance capitale par rapport à la santé des populations.

Je ne voulais pas vous submerger en vous présentant trop de diapos, mais il y a des écarts importants à ce chapitre, par exemple entre les provinces, ainsi qu'entre les Premières nations et le reste de la population. Ce chiffre est une moyenne qui, dans une certaine mesure, occulte un écart important.

On a fait beaucoup de travail ici, au Canada, sur les causes. Les chiffres peuvent nous renseigner sur les phénomènes dont nous sommes témoins, mais beaucoup de gens se sont penchés sur la question au Canada, où nous avons une forte tradition de recherche, et ont essayé de comprendre les déterminants sociaux de la santé. Dans les prochaines diapos, je vais aborder ce que nous savons au sujet du revenu, du degré de scolarité et de quelques autres indicateurs. Il y a des gens qui ont documenté la portée et la complexité des déterminants sociaux de la santé.

Les membres du comité connaissent très bien le gradient du revenu, qui figure à la diapo 8. Ce qui est déconcertant, c'est que c'est un indicateur très fiable. Il s'agit des gens qui qualifient eux-mêmes leur santé de très bonne ou d'excellente. Nous constatons que l'écart est toujours important entre les gens dont le revenu est le plus faible et ceux dont le revenu est élevé, et même entre les gens dont le revenu est moyen et ceux dont le revenu est le plus élevé. Je trouve que même la partie supérieure du gradient est intéressante. Les données viennent d'une enquête effectuée en 2005. Elles sont fondées sur les réponses des participants.

Slide 9 has a slightly different take on this, looking more ecologically at neighbourhoods. This is for men for two different years. We see the differences in terms of the poorest and the richest neighbourhoods. There you see an income gradient by neighbourhood. Again, I suppose the good news here might be that we do see that decreasing somewhat. If you look at the 2001 versus the 1971 data, that income gradient looks like it is narrowing slightly, but it is still very much in evidence.

The next slide looks at education. There is often a lot of question, what is the causal root; is it income or is it education? They are very closely aligned. We can look at education in different ways. It is often a bit easier to look at, but again, the health status and the link with educational attainment tends to be very strong in Canada and internationally. Again, it is one of those very fundamental issues of which the committee is well aware.

Slide 11 looks at early childhood. Many of the presenters you will have seen, as I read through your earlier documents, focused on early childhood. In Canada we are familiar with Fraser Mustard's and Margaret McCain's very strong work that looked at early childhood.

Again, the research evidence here is interesting and very strong. This looks at some of the child readiness. This is some of the school readiness indicators at the age of five, and we see the income gradient is very evident already at the age of five. Again, we do not always know the causal links, but this is from the National Longitudinal Survey of Children and Youth. What we can see is a similar gradation already very apparent at an early age.

Slide 12 looks at some of the personal health practices. When we talk about population health, there has been a lot of what has entered the literature, or even the public consciousness, is this sense of personal health practices. If we could only get people to stop smoking or eating more fruits and vegetables that would be the solution. There has been much interest, obviously, in that issue.

We talk much less about the fact that there is also a gradient by socio-economic status on those factors as well. Perhaps it is not so much on eating our fruits and vegetables. None of us in any of the categories, I would say, grouped by income do terribly well on eating our fruits and vegetables. Apparently there is not a strong difference there, but certainly when it comes to tobacco use or physical activity, we do see a certain income gradient. It begs that question about where are the intervention points. Are they at the individual or at a more population or community basis? It is clear that those individual factors as well show a gradient.

La diapo 9 constitue un point de vue un peu différent là-dessus, plus dans une perspective écologique et du point de vue des quartiers. Le chiffre porte sur les hommes et sur deux années différentes. Nous voyons qu'il y a un écart entre les quartiers les plus pauvres et les quartiers les plus riches. C'est donc un gradient du revenu en fonction du quartier que vous avez sous les yeux. Encore une fois, je suppose que la bonne nouvelle, c'est que nous constatons qu'il y a bien une diminution de l'écart, en quelque sorte. Si vous comparez les données de 2001 à celles de 1971, vous voyez que l'écart semble diminuer un peu, mais il est toujours manifeste.

La diapo suivante porte sur le degré de scolarité. On se demande souvent quelle est la véritable cause entre le revenu et l'éducation. Il y a une forte correspondance entre les deux éléments. Nous pouvons examiner le degré de scolarité de différentes manières. C'est quelque chose qui est souvent un peu plus facile à étudier, mais, encore une fois, la santé et le degré de scolarité tendent à être très liés au Canada et ailleurs dans le monde. Encore une fois, il s'agit de l'une de ces questions tout à fait fondamentales que le comité connaît déjà très bien.

La diapo 11 porte sur la petite enfance. D'après ce que j'ai lu dans les documents que vous avez déjà publiés, beaucoup des témoins que vous avez entendus se sont concentrés sur la petite enfance. Au Canada, nous connaissons bien l'excellent travail de Fraser Mustard et de Margaret McCain sur la petite enfance.

Dans ce cas-ci aussi, les données obtenues dans le cadre des recherches sont très intéressantes et très importantes. Elles portent sur la disposition à apprendre des enfants. Il s'agit de certains des indicateurs de la disposition à apprendre à l'école à l'âge de 5 ans, et nous voyons que le gradient du revenu est déjà très clair dès l'âge de 5 ans. Encore une fois, nous ne connaissons pas toujours les liens de causalité, mais ces données sont tirées de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et sur les jeunes. Ce que nous pouvons constater, c'est qu'il y a déjà une gradation semblable très manifeste dès la petite enfance.

La diapo 12 porte sur certaines pratiques d'hygiène personnelle. Lorsque nous parlons de la santé des populations, il est beaucoup question de ce qui est entré dans la documentation, même dans la conscience de la population, par rapport aux pratiques d'hygiène personnelle. Si nous pouvions faire en sorte que les gens cessent de fumer ou mangent davantage de fruits et légumes, ce serait la solution. Évidemment, on s'est beaucoup intéressé à cette question.

Nous parlons beaucoup moins du fait qu'il y a aussi un gradient socioéconomique par rapport à ces facteurs. Ce n'est peut-être pas tant le fait de manger nos fruits et nos légumes. Personne d'entre nous, peu importe la catégorie de revenu, je dirais, n'a de très bonne habitudes pour ce qui est de manger des fruits et des légumes. Apparemment, l'écart n'est pas très grand dans ce domaine, mais il est certain que, lorsqu'il s'agit du tabagisme et de l'activité physique, nous constatons l'existence d'un certain gradient en fonction du revenu. On ne peut faire autrement que se demander où sont les points d'intervention.

The next slide really just wants to look at some of the information bases. What do we know? What do we track? What do we measure? We at CIHI and Statistics Canada, in the late 1990s, developed a health indicators framework that we put out, widely used by a number of organizations and we are working to populate this framework.

If you see the areas of the domains that are circled in red on this slide, those are the years where, while we do not have perfect information, we are starting to at least have measures that you can measure and monitor over time. We are starting to know much more than we did 10 years ago, or certainly 15 or 20 years ago, about how we are doing on accessibility, how are we doing on some of the health behaviours.

What we know less about and what we do not monitor at the current time, which I think is the equity line you can see down the side. It is relevant to some of the questions asked in the committee's paper. The question of whether the gains we are making and to what extent they are spread or there are still health disparities, whether they are increasing or decreasing, that is not something at the current moment we monitor, although we do have a health indicators framework that certainly makes room for that and speaks to its possibilities.

What are we still exploring? In some ways the question that you posed to us when we appeared here before is the causality question. We see all of this data. We see the ecological data. What are the root causes? What can you tell us about what really causes these disparities?

Our view of the literature is that we are still exploring this as a research group. There are certain things that are starting to emerge, but there are some puzzles around how does that gradient in health stay so robust. Is it about hierarchy; is it about income; is it about status or relevance? What are the links and what causes those links between socio-economic status and the behaviour gradient that we showed?

What I can tell you is there is a lot of robust research on this question. There are certainly things starting to emerge, but there is nothing that I would say meets that gold standard of absolute evidence. It is clear that there are interesting pieces of work that are starting to emerge on individual causal questions.

The next question we would pose is what works? In some ways when we look at this information, the question that people ask is what would we do about it? If we had the political will and Faut-il intervenir auprès des gens, ou faut-il une intervention axée sur l'ensemble de la population ou sur la collectivité? Il est clair que ces facteurs individuels aussi présentent un gradient.

La diapo suivante ne porte vraiment que sur le fondement du processus de collecte d'information. Que savons-nous? Que surveillons-nous? Que mesurons-nous? À l'ICIS et à Statistique Canada, nous avons élaboré un cadre des indicateurs de la santé à la fin des années 90 et nous l'avons diffusé. Ce cadre est utilisé par de nombreuses organisations, et nous travaillons à lui donner un contenu.

Si vous voyez les secteurs des domaines qui sont encerclés en rouge sur la diapo, il s'agit des années pour lesquelles, si nous n'avons pas des données parfaites, nous commençons du moins à avoir des données qu'il est possible d'évaluer et de suivre à long terme. Nous commençons à en savoir beaucoup plus qu'il y a dix ans, ou du moins qu'il y a 15 ou 20 ans, sur notre rendement par rapport à l'accès et par rapport aux comportements liés à la santé.

Il y a aussi ce que nous connaissons moins bien et ce que nous ne surveillons pas à l'heure actuelle, et je pense que c'est représenté sur la diapo par la ligne avec le mot équité sur le côté. Cela a trait à certaines des questions soulevées par le comité dans le document. Ces questions sont les suivantes : si nous réalisons des gains, est-ce qu'ils sont répartis ou y a-t-il encore des écarts en matière de santé? Ces écarts augmentent-ils ou rétrécissent-ils? Ce n'est pas quelque chose que nous surveillons à l'heure actuelle, même si nous disposons d'un cadre d'indicateurs de la santé qui laisse certainement place à cela et qui offre des possibilités à cet égard.

Qu'avons-nous encore à découvrir? D'une certaine manière, la question que vous nous avez posée lorsque nous avons témoigné ici auparavant, c'est celle des causes. Nous avons devant nous toutes ces données. Nous avons des données écologiques. Quelles sont les véritables causes? Que pouvez-vous nous dire sur les véritables causes de ces disparités?

Notre point de vue sur la documentation, c'est que nous sommes encore en train de l'analyser, comme groupe de recherche. Certaines choses sont en train de se dévoiler, mais il y a encore des énigmes concernant les raisons pour lesquelles le gradient de la santé demeure si stable. Est-ce une question de hiérarchie; est-ce lié aux revenus? Est-ce que cela dépend de la situation ou du fait d'avoir un rôle à jouer? Quels sont les liens entre la situation socioéconomique et le gradient du comportement que nous avons présentés, et qu'est-ce qui est à l'origine de ces liens?

Ce que je peux vous dire, c'est qu'il y a beaucoup de travaux de recherche bien faits sur cette question. Il est clair que certaines choses commencent à se dévoiler, mais je dirais qu'il n'y a rien encore qui respecte la norme de la preuve absolue. Il est clair qu'on voit de plus en plus de travaux intéressants sur des questions précises liées aux causes.

La question que nous poserions ensuite, c'est : qu'est-ce qui fonctionne? D'une certaine façon, lorsque nous jetons un coup d'œil sur cette information, la question que les gens posent c'est :

interest, what interventions work? This is an area that is hard to generalize. There are starting to be studies, but they are small, about what interventions actually make a difference.

The fact is that we would suggest we could use more information and evidence on actually what interventions affect the population health in the long term. There is some evidence on effectiveness that is starting to emerge, particularly on those interventions that are aimed at individuals, but again, less on the murkier and tougher questions to research about what combination, when you do those big policy questions, what impacts they have on population health.

Health indicators, these are the areas I have circled that are the areas that we would like to populate more. If we had an ongoing indicator that looked at equity, for example, that looked at some of these other questions, would enable us in a better way to monitor and answer how we are doing in those areas.

The next slide I just put out on the table. For a number of years, the United Kingdom has had a specific focus on health equity. With their increased information, health professionals are searching for the answers. They have actually put in a requirement for these health equity audits. I know of no similar requirement in the Canadian context, but they are suggesting that at the local level, as well as at a national level, this be something that be monitored including by primary care trusts and others. It is early days. We do not have something that would say we see these audits are having such and such an impact. However, we can certainly see a real focus and a sustained focus in the U.K. on having those equity audits.

The last portion of the slide is about what we can do. We are firmly of the belief that information is a powerful tool at not only supporting decisions, but also helping to focus attention and understanding. It can focus attention on the impact of the policies and the steps we are taking at a population health level.

On slide 20, I would just flag the fact that it would be enormously helpful to capture more socio-economic status, SES, data. If we are going to try to get at this question, it would be helpful to have that information. We do see, for example, in the United States, birth registrations routinely include maternal education, which again is often a very good proxy for socio-economic status. That gives them the ability to look at these questions in a much more robust way.

Certain provinces, as you will see on the slide, are implementing that, have implemented it. Quebec, for example, has maternal educational status on the birth registries and has for

que faire par rapport à cela? Si la volonté et l'intérêt politique y étaient, quelles sont les interventions qui fonctionneraient? C'est un domaine dans lequel il est difficile de généraliser. Il commence à y avoir des études, mais ce sont des petites études, au sujet des interventions qui donnent des résultats.

Le fait est que nous suggérerions un recours accru à de l'information et des données sur les interventions qui ont un effet réel sur la santé des populations à long terme. Il commence à y avoir des données sur l'efficacité, surtout sur les interventions qui visent les personnes, mais, encore une fois, il y en a moins sur des questions obscures et difficiles qui ont trait aux recherches sur la combinaison des interventions, lorsqu'on s'occupe de ces grandes questions relatives aux politiques, des répercussions sur la santé des populations.

Les indicateurs de la santé... les domaines que j'ai encerclés sont ceux où nous aimerions ajouter du contenu. Si nous avions un indicateur permanent par rapport à l'équité, par exemple, qui tenait compte de ces autres questions, cela nous permettrait d'effectuer un meilleur suivi de notre rendement dans ces domaines et de mieux répondre aux questions là-dessus.

La diapo suivante, je viens de la faire afficher. Pendant un certain nombre d'années, au Royaume-Uni, on s'est concentré sur l'équité en matière de santé. Grâce à une information de plus en plus grande, les professionnels de la santé cherchent des réponses. En fait, ils ont exigé la tenue de vérifications de l'équité en matière de santé. Je n'ai jamais entendu parler d'une chose du genre dans le contexte canadien, mais ces professionnels disent que c'est quelque chose qui doit faire l'objet d'une surveillance à l'échelon local ainsi qu'à l'échelon national, notamment par les primary care trusts et d'autres organismes. C'est quelque chose de nouveau. À l'heure actuelle, rien ne nous indique que ces vérifications ont telle ou telle répercussion. Cependant, il est clair que les professionnels de la santé du Royaume-Uni continuent d'exprimer cette intention réelle de tenir ces vérifications de l'équité en matière de santé.

La dernière partie de la diapo concerne ce que nous pouvons faire. Nous croyons fermement que l'information est un outil puissant, non seulement pour appuyer les décisions, mais aussi pour concentrer l'attention et pour véhiculer les idées. Cet outil permet d'attirer l'attention sur les répercussions des politiques et sur les mesures que nous prenons au chapitre de la santé des populations.

À la diapo 20, je veux simplement signaler le fait qu'il serait extrêmement utile d'obtenir davantage de données sur la situation socioéconomique ou SSE. Si nous voulons nous attaquer à ce problème, il serait utile de posséder cette information. Aux États-Unis, par exemple, on note le degré de scolarité de la mère au moment où on inscrit l'enfant au registre des naissances, et, encore une fois, le degré de scolarité est souvent un très bon indicateur de la situation socioéconomique. Ainsi, les intervenants des États-Unis peuvent aborder ces questions de façon beaucoup plus éclairée.

Certaines provinces, comme vous pouvez le voir sur la diapo, sont en train d'adopter cette pratique ou l'ont déjà fait. Au Québec, par exemple, on consigne les renseignements sur le degré

some time. In the West, we see some provinces that indicate Aboriginal status here but it is probably more limited at this stage to First Nations status. We do see some of those markers beginning to be placed on birth registrations and in some cases death registrations. That, again, gives us some more fundamental tools to understand analytically what is happening. There are also opportunities on administrative data if we can collect some of those population indicators that would help us in the research community do research over time.

The next slide points to another specific information gap that I think we could fill. When we are looking at health disparities, some of the very groups that you would most want to know about are groups that because they are difficult to get at we tend not to create and gather information about them. For example, seniors or others living in homes for the aged or homes for the disabled and the homeless are not groups of people on whom we routinely collect data. In some cases on-reserve populations are excluded from surveys.

Again, if we are trying to understand disparities, filling out our data by trying to specifically gather information from those kinds of groups I think would be useful.

With respect to data linkage, the next slide in some ways is perhaps a response to the question you asked in the options paper about whether we would create a national population health database. One of the observations we make is that the relevant data on a population health basis will lie in different spots.

We have heard from people at local levels who are connecting to school board data, people who are connecting to community-based data. We have heard of people at the national level, who are connecting the census to administrative data. The ability to put that information in one spot may always be limited. If there is a climate in the country for appropriate linkage, and obviously that means being very clear about privacy concerns and making sure that individual Canadians have safeguards to their privacy, we have to be clear about when data on a de-identified basis can appropriately be linked to answer these questions. I think creating that strong privacy framework and then building the climate that would allow us to link data, whether at the local, provincial or national level, would in our view, provide us many more opportunities for insights on these questions.

The next slide is one small example of where we have been able to achieve that linkage. This data has not yet been published. Working with Statistics Canada, we have linked census data to hospitalization data. This information concerns ambulatory, care-

de scolarité de la mère au registre de l'état civil depuis un certain temps. Dans l'Ouest, dans certaines provinces, on note l'appartenance à la population autochtone, mais cela se limite probablement à l'appartenance à une Première nation en ce moment. On commence à noter cette information lorsqu'un enfant naît, et, dans certains cas, lorsqu'une personne meurt. Encore une fois, cela nous offre des outils plus fondamentaux pour analyser ce qui se passe. Les données administratives offrent également des possibilités, dont nous pourrions tirer parti si nous pouvions recueillir certains renseignements sur les populations qui aideraient le milieu de la recherche dans ces travaux à long terme.

La diapo suivante porte sur une autre lacune précise en matière d'information que nous devrions combler à mon avis. Dans le domaine des disparités en matière de santé, certains des groupes qui peuvent être les plus intéressants peuvent aussi être les plus difficiles à joindre, ce qui fait que nous n'avons pas tendance à recueillir des renseignements sur ceux-ci. Les personnes âgées, par exemple, ou celles qui vivent dans des foyers pour personnes âgées ou pour personnes handicapées, ainsi que les sans-abri, ne sont pas des groupes de gens sur qui nous recueillons régulièrement des données. Dans certains cas, les populations qui vivent dans les réserves sont exclues des enquêtes.

Encore une fois, si nous essayons de comprendre les disparités, je pense qu'il serait utile que nous obtenions les données qui nous manquent en essayant de trouver de l'information précisément sur ce genre de groupes.

En ce qui concerne le couplage des données, la prochaine diapo est peut-être d'une certaine manière une réponse à la question que vous avez soulevée dans le document sur les options proposées au sujet de la création éventuelle d'une base de données nationale sur la santé des populations par notre organisation. L'une des observations que nous faisons, c'est que les données pertinentes sur la santé des populations se trouveront à différents endroits.

Nous avons entendu le témoignage de gens qui, à l'échelon local, utilisent des données par l'intermédiaire du conseil scolaire, de gens qui utilisent des données sur leur collectivité. Nous avons entendu le témoignage de gens qui, à l'échelon national, utilisent des données administratives du recensement. La possibilité de regrouper toute cette information à un seul endroit sera peut-être toujours limitée. Si la situation au pays favorise un bon couplage des données, et cela signifie évidemment qu'il faut que les politiques de respect de la vie privée soient claires et qu'il faut s'assurer que les renseignements personnels des Canadiens sont protégés par des mécanismes, nous devons définir précisément le moment où il convient de coupler des données dépersonnalisées pour répondre à ces questions. Je pense que le fait d'instaurer un cadre solide pour assurer la protection des renseignements et un climat qui nous permettrait d'effectuer le couplage des données, que ce soit à l'échelon local, provincial ou national, pourrait, à notre avis, nous offrir de nouvelles possibilités de mieux comprendre ces questions.

La diapo suivante présente un exemple de domaine dans lequel nous avons été capables d'effectuer ce couplage. Les données n'ont pas encore été publiées. En collaboration avec Statistique Canada, nous avons couplé les données du recensement aux

sensitive conditions, things you should be able to treat in the community, such as asthma, diabetes, and high blood pressure. This information shows that even when accessing the health system and the hospital system, there is more need for lower income people to be hospitalized for the conditions we should be able to treat effectively in the community. We can get at this, again, by linking census data, which contains the socio-economic data, with the hospital records. This is one small example of creating that climate for linkage, but it does allow us to focus on those population health questions.

The next slide, in terms of regional and local analysis, deals with our sense of what can be done. The intervention points will be at a local level. For that, we need robust data sample sizes. I know it is not the stuff of headlines, perhaps, but having additional data at greater levels allows people at the local level to act on that data. We have been doing work with the urban public health officers in the country, and when we are able to provide data that applied to the neighbourhoods in their city, it is tremendously powerful.

The electronic health record also offers great opportunities for population health monitoring. When I read your paper that talks about whether there are options for building an electronic or a population health database, my sense is that it is probably not a single database. The fact is, with the investments we are making on an electronic health record, which are absolutely necessary for that first-line clinical care, there are also opportunities here if we ensure they have appropriate safeguards for what data can be shared and for what purposes on a de-identified basis. I think that allows us the potential to essentially fill in many of the questions on a population basis that would be fundamental to us.

I will stop there. I know this is meant to stimulate the discussion, but my conclusion is that we do know a lot. There is a lot we still do not know definitively, but research is starting to emerge. There are some real opportunities to increase the information that would continue furnishing the basis for this to be an issue that people understand and act upon.

Louise Potvin, Professor, Department of Social and Preventative Medicine, University of Montreal: I think what Ms. Yeates presented encapsulates what we know and do not know.

I would like to highlight two things for the committee. One of the things underlying the presentation is the total lack of trends data. In Canada, we are no better than the rest of the world.

données relatives à l'hospitalisation. L'information a trait aux affections sensibles aux soins ambulatoires, c'est-à-dire à des affections qu'on devrait être capable de traiter dans la collectivité, par exemple l'asthme, le diabète et la haute pression sanguine. Cette information montre que, même lorsque les personnes touchées accèdent au système de santé et au système hospitalier, le besoin est plus grand chez les personnes dont le revenu est faible d'être hospitalisées pour des affections que nous devrions être en mesure de traiter efficacement dans la collectivité. Nous pouvons tirer cette conclusion, encore une fois, en couplant les données du recensement, qui contiennent des données socioéconomiques, avec les dossiers des hôpitaux. C'est un petit exemple d'instauration d'un climat qui permet le couplage, mais cela nous permet bel et bien de nous concentrer sur ces questions relatives à la santé des populations.

La diapo suivante, dans le domaine des analyses régionales et locales, porte sur ce qui peut être fait à notre avis. Les points d'intervention se situeront à l'échelon local. À cette fin, nous avons besoin d'échantillons de données de bonnes tailles. Je sais que ce n'est pas le genre de choses qui fait les manchettes, peut-être, mais le fait d'avoir davantage de données à plus grande échelle permet aux gens qui travaillent à l'échelle locale d'utiliser ces données. Nous avons fait du travail en collaboration avec les agents de la santé publique en milieu urbain du pays, et dans les cas où nous avons été en mesure de fournir des données s'appliquant aux différents quartiers des villes où travaillent ces agents, ces données ont été un outil extrêmement puissant.

Le dossier de santé électronique offre également de grandes possibilités au chapitre de la surveillance de la santé des populations. Lorsque j'ai lu votre document sur la possibilité de créer une base de données électroniques ou sur la santé des populations, j'ai pensé que ce ne serait probablement pas une seule base de données. Le fait est que, vu les investissements que nous sommes en train de faire dans le dossier de santé électronique, qui sont tout à fait nécessaires pour les soins cliniques de première ligne, cela offre également des possibilités si nous nous assurons que les mécanismes appropriés sont en place pour assurer la diffusion sécuritaire des données dépersonnalisées dans certains buts précis. Je crois que cela nous offre essentiellement la possibilité de répondre à de nombreuses questions sur la santé des populations qui seraient fondamentales à nos yeux.

Je vais m'arrêter ici. Je sais que le but de l'exercice est de stimuler le débat, mais ma conclusion, c'est que nous savons beaucoup de choses. Il y a encore beaucoup d'incertitude, mais il y a de plus en plus de travaux de recherche. Il y a de réelles occasions qui s'offrent à nous d'obtenir davantage d'information pour continuer de bâtir le fondement qui permettra aux gens de se faire une idée de l'enjeu et d'agir en fonction de cette idée.

Louise Potvin, professeure, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal : Je pense que Mme Yeates a fait le tour de ce que nous savons et de ce que nous ne savons pas.

J'aimerais attirer l'attention du comité sur deux choses. L'un des éléments sous-jacents de l'exposé, c'est l'absence totale de données sur les tendances. Dans ce domaine, le Canada n'est pas

There is very little capacity in the world because there are very few instruments but many hard methodological issues to record how we are doing over time. There are technical issues and indicators of disparities that are not as easy to grab as central tendency indicators, such as means. That is one of the issues that I think should be emphasized more.

The other issue I would like to emphasize, is if we are doing research on disparities, we are not doing research on intervention and evaluating those interventions. There is yet unpublished data that was completed by IPPH, the Institute for Public and Population Health, together with other institutes interested in those issues. I can tell you that less than 10 per cent of all population health projects funded through CIHR between 2001 and 2006 deal with intervention.

Not only are we not aware of what works and what does not work, we do not do research on it, essentially because we are not well equipped to pair intervention projects with good and relevant research projects. Those are the two issues I would like to emphasize as arising out of this presentation.

Hon. Monique Bégin, P.C., Commissioner, World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health: It was an excellent presentation. It was very clear and comprehensive. It reminds me of an issue that this Senate Subcommittee on Population Health should address head-on, and that is the issue of there being a lot of knowledge but, at the same time, not enough knowledge.

The evidence-based medicine approach to life has now permeated into every bureaucratic organization. The fact that we do not know everything will be easily used to dodge the issue by any deputy minister in the system. We know a lot and our grandmothers know more than us, but they cannot prove it.

What we know from hard science and from grey literature or observation, when it is well-done, logical and systematic, it is considered evidence. Therefore, the evidence-based approach to life should be addressed in this committee.

William Tholl, Secretary General, Canadian Medical Association: Thank you for the invitation to be here.

My first point is that if we were here 10 or 12 years ago, we would not have near the data set that we had presented to us here this morning. Well done, Ms. Yeates. I was privileged enough to sit on the Wilk task force that led to the development of CIHI. This glass is half full in what we know and what we do not know about health and health care.

meilleur que le reste du monde. La capacité de suivre les tendances à long terme est très limitée dans le monde, parce qu'il y a très peu d'instruments pour le faire et que cela pose de nombreux problèmes complexes de méthode. Il y a des problèmes techniques et des indicateurs de disparité qui ne sont pas faciles à manipuler, comme principaux indicateurs de tendance, notamment les moyennes. Voilà l'une des difficultés sur lesquelles il convient d'insister davantage, à mon avis.

L'autre problème que je veux souligner, c'est que, si nous faisons des recherches sur les disparités, alors nous ne faisons pas de recherches sur l'intervention et sur l'évaluation des interventions. L'ISPP ou Institut de la santé publique et des populations ainsi que d'autres établissements qui s'intéressent à ces questions possèdent des données qu'ils n'ont pas encore publiées. Je peux vous dire que moins de 10 p. 100 des projets relatifs à la santé des populations que les IRSC ont financés entre 2001 et 2006 ont trait à l'intervention.

Non seulement nous ne savons pas ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, mais nous ne faisons pas de recherche là-dessus, essentiellement parce que nous n'avons pas les outils nécessaires pour associer des projets d'intervention à des projets de recherche bien faits et pertinents. Voilà les deux points sur lesquels je voulais insister après l'exposé de Mme Yeates.

L'honorable Monique Bégin, C.P., commissaire, Commission des déterminants de la santé de l'Organisation mondiale de la santé : Elle a présenté un excellent exposé. C'était clair, et elle a fait le tour de la question. Ça m'a rappelé un problème que le Sous-comité de la santé des populations devrait attaquer de front, c'est-à-dire le problème qui vient du fait que nous possédons beaucoup de connaissances, mais en même temps, pas suffisamment.

La façon d'aborder la vie du point de vue de la médecine fondée sur les données probantes et scientifiques a envahi toutes les organisations bureaucratiques. Il est facile pour n'importe quel sous-ministre qui fait partie du système d'éluder la question en disant qu'il y ait des choses que nous ne connaissons pas. Nous connaissons beaucoup de choses, et nos grands-mères en savent encore plus que nous, mais elles ne peuvent pas prouver ce qu'elles savent.

Les connaissances qui nous viennent des sciences exactes et de la littérature grise, ou encore de l'observation, lorsqu'elle est bien faite, logique et systématique, sont considérées comme étant des données probantes. Le comité devrait donc se pencher sur cette façon de comprendre la vie à partir de données probantes.

William Tholl, secrétaire général, Association médicale canadienne : Merci de m'avoir invité à participer à la séance.

La première chose que je veux dire, c'est que, il y a 10 ou 12 ans, on n'aurait jamais pu nous présenter l'ensemble de données qu'on nous a présentées ce matin. Bravo, madame Yeates. J'ai eu le privilège de faire partie du groupe de travail Wilk dont les travaux ont mené à la création de l'ICIS. Le verre est à moitié plein en ce qui concerne ce que nous savons et ce que nous ne savons pas dans le domaine de la santé et des soins de santé.

I have two or three comments. First, I would like to discuss how, in a short period of time, we have fallen from the top in the world, fourth or fifth in infant mortality, to where we are today. One of Ms. Yeates' slides shows us at twenty-second in the world. Yes, there are differences in the way one collects data, but there is not much of a difference over that period of time. The same basic instrument is being used. For me, it raises the issues that the national health forum, Mr. Lewis and many others, have looked at before. Why have we come up dry? Why have not we made more progress? I leave that question for the group. What do we need to do to create the burning platform for change in health that we have seen in health care?

Can we do for health what we have done for health care and wait times to raise public awareness and get people pulling in the same direction to make a meaningful difference, first by measuring and then by managing?

There has been reference to the Lalonde report in some of the background material. We got together as a clutch of those people who actually helped write the Lalonde report 30 years ago and asked them to do a retrospective on a new perspective. One of the things they observed is how it is that we led the world in thinking about and measuring health — things such as potential years of life loss — but now we are laggards in the world in delivery of health and health care. One thing they observed was the lack of this burning platform for change.

I will leave that with the group and maybe come back — if you think it is important — to how we might do that.

Senator Fairbairn: At the very beginning, I want to raise one issue that touches almost everything that you were saying. That is the question of literacy.

We have had very good hearings in this committee under Senator Keon, but as I look around the table I see people who have had to deal with this in their past: David Dodge, Mel Cappe, Senator Callbeck as a premier, Senator Cook in Newfoundland. It sticks in every corner of Canada. As we go around the table, I would be grateful if some of you might give thoughts on that issue. I know Senator Segal has been very engaged in literacy as well. I would like the group to turn its mind to the fact that in our country something like 30 per cent of its adult citizens are not in a position to do what is required of them in terms of literacy, reading and understanding.

It seems to me to be a foundation issue to pretty much everything we will talk about today. I thought I would get that issue off my chest first thing.

J'ai deux ou trois choses à dire. J'aimerais d'abord parler de ce qui a fait que, dans un court laps de temps, notre position a chuté dans le classement mondial, du quatrième ou cinquième rang au chapitre de la mortalité infantile, jusqu'à celui que nous occupons aujourd'hui. D'après l'une des diapos de Mme Yeates, nous occupons le 22e rang dans le monde. C'est vrai qu'il y a des différences quant à la façon de recueillir les données, mais pas tant que ça sur une période aussi courte. On utilise le même instrument simple partout. À mon avis, cela soulève les questions que le forum national sur la santé, dont font partie M. Lewis et de nombreuses autres personnes, a déjà examinées. Qu'est-ce qui nous a arrêtés? Pourquoi avons-nous cessé de progresser? Je laisse le groupe répondre à cette question. Que devons-nous faire pour créer ce besoin urgent de changement dans le domaine de la santé que nous avons vu dans celui des soins de santé?

Pouvons-nous faire en santé ce que nous avons fait par rapport aux soins de santé et aux délais d'attente pour sensibiliser les gens et pour faire en sorte qu'ils déploient tous des efforts dans la même direction, de façon à faire bouger les choses pour vrai, d'abord en évaluant les choses, puis en les gérant.

On parle du rapport Lalonde quelque part dans la documentation. Nous avons rassemblé une poignée de gens qui ont participé à la rédaction du rapport il y a 30 ans, et nous leur avons demandé de faire une rétrospective à partir d'un nouveau point de vue. L'une de leurs observations, c'est que nous étions alors des chefs de file dans le monde pour ce qui est de la réflexion sur la santé et de la façon de l'évaluer — des choses comme les années potentielles de vie perdue —, mais que nous sommes maintenant en retard sur bien des pays en ce qui a trait à la santé et à la prestation des soins de santé. L'une des choses qu'ils ont remarquées, c'est l'absence d'un besoin urgent de changement.

Je vais laisser les membres du groupe réfléchir à cela et peut-être y revenir — si vous pensez que c'est important — pour vous parler de la façon dont nous pourrions faire cela.

Le sénateur Fairbairn : Je veux tout de suite soulever une question qui touche presque tout ce que vous avez dit jusqu'à maintenant. C'est la question de l'alphabétisation.

Le comité a tenu des séances très intéressantes sous la présidence du sénateur Keon, mais je vois ici des gens qui ont été confrontés à ce problème dans le passé : David Dodge, Mel Cappe, le sénateur Callbeck, lorsqu'elle était première ministre, le sénateur Cook, à Terre-Neuve. C'est un problème qui existe partout au Canada. J'aimerais beaucoup que certains d'entre vous me disiez ce que vous en pensez pendant le tour de table. Je sais que le sénateur Segal a lui aussi fait beaucoup de travail dans le domaine de l'alphabétisation. J'aimerais que les membres du groupe réfléchissent au fait que quelque chose comme 30 p. 100 des adultes du pays ne sont pas en mesure de s'acquitter des tâches qu'on leur donne lorsqu'il s'agit de lecture, d'écriture et de compréhension.

À mes yeux, c'est un problème fondamental qui touche à peu près tout ce dont nous allons parler aujourd'hui. J'ai pensé que je devais vous faire part de cette préoccupation dès le départ.

Mel Cappe, President, Institute for Research on Public Policy: In the committee report of April 2008, there is reference to the inability of many Canadians to read and manage their medication. The issue that Senator Fairbairn is raising is far broader than that. Rather than a functional capacity, it is much more endemic to the determinants issue. I was not going to make that point. I do not want anyone to take my intervention as being anti-analytic, but I want to distinguish between data, targets, and the analyses done with the data and the targets that may be set up.

It was my experience in watching the U.K. closely that they measure everything that moves. When you measure everything that moves and you set targets to them, managers manage the movable, but they do not manage the important things. If you measure what is measurable and establish your targets around that, you run the risk of establishing the wrong targets. I want to make a strong distinction between the data for use of analyzing the problem and determining pathways to deal with the problem, as opposed to the targets that may be used. I notice again in the report you talk extensively about the use of targets.

I will use one example. In the U.K. they had league tables of hospitals. There was a complex measure of 32 indicators on which they ranked the hospitals. One of the 32 measures was the patient response to quality of food. Another was the return of breast cancer. If you are a hospital administrator, one of those indicators is easy to manage and one is difficult to manage. By setting up targets like that they skewed behaviour in a way that I do not think improved the quality of health, let alone health care.

I want to make that important point, that we need the data and analysis, but do not make the very quick step of setting targets.

Mr. Lewis: Are you saying that as CIHI and others contemplate a disparity oriented information agenda there is a danger of collecting the wrong information that is of secondary importance?

Mr. Cappe: I believe the marginal value of information is positive across the board. I once heard someone say there are some things you do not want to know — you do not want to know what your daughter did on her date last night or when you might die — but you want to know pretty well everything else. You need to know all those things. Do not, therefore, say that we will take the measured and say that is the target we want to improve. Go back to the overall conception of health outcomes and what you think you can do to improve health outcomes, but do not just do the things you can measure. Keep a very high level of focusing on the more unmeasurable.

Mr. Lewis: What can you not measure about this? What are you worried about as this elusive, unmeasurable phenomenon that we cannot get at?

Mel Cappe, président, Institut de recherche en politiques publiques : Le rapport du comité publié en avril 2008 parle, entre autres, des difficultés qu'éprouvent beaucoup de Canadiens à lire la posologie des médicaments qu'ils prennent, et donc à la suivre. La question que soulève le sénateur Fairbairn est beaucoup plus vaste. C'est une question qui relève beaucoup moins de la capacité de fonctionner que des déterminants de la santé. Je n'avais pas l'intention de dire cela. Je ne veux pas que quiconque pense que mon intervention est antianalytique, mais je veux établir la distinction entre les données, les cibles, et les analyses qu'on fait des données et les cibles qu'on peut définir.

J'ai suivi de près ce qui se passe au Royaume-Uni, et je sais que tout ce qui bouge fait l'objet d'une évaluation là-bas. Lorsqu'on mesure tout ce qui évolue et qu'on établit des cibles pour ces éléments, les gestionnaires gèrent ce qui évolue, mais ils ne gèrent pas les choses importantes. Si vous mesurez ce qui est mesurable et que vous établissez vos objectifs par rapport à ça, vous courez le risque de ne pas définir les bons objectifs. Je veux établir une distinction claire entre les données qu'on utilise pour analyser le problème et pour trouver des façons de le régler et les cibles qu'on peut utiliser. Je remarque encore une fois dans votre rapport que vous parlez beaucoup de l'utilisation de cibles.

Je vais vous donner un exemple. Au Royaume-Uni, on classait les hôpitaux. On procédait à une évaluation complexe fondée sur 32 indicateurs qui permettaient d'établir le classement. L'un de ces 32 indicateurs était ce que pensaient les patients de la qualité de la nourriture. Il y avait aussi la récurrence du cancer du sein. Pour l'administrateur de l'hôpital, l'un de ces indicateurs est facile à gérer, tandis que l'autre est difficile. En établissant des cibles du genre, on a orienté les comportements d'une façon qui, selon moi, n'a pas mené à l'amélioration de la santé, et encore moins des soins de santé.

Je voulais dire cette chose importante : nous avons besoin des données et des analyses, mais il faut éviter d'établir des cibles trop rapidement.

M. Lewis : Est-ce que ce que vous dites, c'est que si l'ICIS et d'autres organisations envisagent un programme de collecte de renseignements sur les disparités, il y a le danger qu'ils ne recueillent pas les bons renseignements et des renseignements d'importance secondaire?

M. Cappe : Je pense que la valeur marginale de l'information est positive dans l'ensemble. Je me suis laissé dire un jour qu'il y a certaines choses qu'on ne veut pas savoir — on ne veut pas savoir ce que sa fille a fait le soir d'avant avec son petit ami ni le moment où on va mourir —, mais on veut savoir à peu près tout le reste. Il faut savoir toutes ces choses. Évitez donc d'établir des objectifs d'amélioration en fonction des seules choses qui ont été mesurées. Revenez-en à l'idée globale des résultats en santé et à ce que vous pensez pouvoir faire pour les améliorer, mais évitez de ne faire que ce que vous pouvez évaluer. Gardez l'œil sur les choses très générales qui sont plus difficiles à évaluer.

M. Lewis : Qu'est-ce qui est donc impossible à évaluer là-dedans? Qu'est-ce qui vous inquiète dans ce phénomène qui nous échappe et que nous n'arrivons ni à mesurer ni à comprendre?

Mr. Cappe: If you are going to look at neighbourhood incomes, there will be a tendency to say we should target this neighbourhood and fix that income problem. It is not that simple. There are many more determinants of income inadequacy and the transmission mechanism into the quality of health.

David Dodge, Former Governor of the Bank of Canada, as an individual: Another way to phrase that is we had better not confuse correlation with causality.

Mr. Lewis: That is a way to phrase it that will appeal to the researchers, to be sure.

Senator Callbeck: First, I want to thank the presenter for a clear and informative presentation. I have a question on the electronic health record, which you mentioned. In my own province they are making great strides in the last few years with this record, and now all the hospitals are using the system. They are moving towards a more comprehensive system.

I wonder about other provinces. Where are the other provinces concerning this HER? Are provinces working to have the same data collected? Are they all collecting different data? It seems to me if it was the same then it would be much better, because we could use it.

Ms. Yeates: I think there is significant progress being made across the country. In some ways it is early days. It is a very big project. We start to see the kinds of progress you have experienced in your province and we see that across the country.

I think we are starting to see the early wins on the clinical side. The fact that an X-ray or a CT scan goes electronically so it is there when people need it, we are starting to see that for those who have focus on that area.

The thing we have talked much less about, and which will not, in my view, come to bear unless we consciously decide this is what we want, is if we have to standardize certain things to make sure we can use this data for population-health monitoring.

We have not talked about that as much. We have not determined what the rules of the game will be, what will be shared, and why it would be important to standardize certain elements. There may elements that do not need to be standardized. If they are different from one part of the country to the next, it will not matter.

There are other elements. In trying to understand if we are making progress in diabetes, is incidence better, is the treatment better? If we are actually going to know that over time, we must standardize certain definitions. We have to agree that there are certain things we would use — clinical extractions, essentially, from the electronic health record, which will have all the details and all the identifiable information. We have to agree under what

M. Cappe : Si nous nous concentrons sur les revenus dans certains quartiers, nous allons avoir tendance à cibler les quartiers et à régler les problèmes liés au revenu. Les choses ne sont pas aussi simples. Il y a de nombreux autres déterminants de l'insuffisance du revenu et du mécanisme qui fait que cela a une incidence sur la santé.

David Dodge, ancien gouverneur de la Banque du Canada, à titre personnel : Autrement dit, il ne faut pas confondre corrélation et causalité.

M. Lewis : Voilà une façon de dire les choses qui va plaire aux chercheurs, sans aucun doute.

Le sénateur Callbeck : Tout d'abord, je souhaite remercier l'intervenante d'avoir présenté un exposé clair et informatif. J'ai une question au sujet du dossier de santé électronique, dont vous avez parlé. Dans ma province, on a fait beaucoup de choses en ce sens au cours des dernières années, et tous les hôpitaux utilisent ce système maintenant. Ils sont en train d'adopter un système plus complet.

Je me demandais ce qu'il en était des autres provinces. Où en sont les autres provinces, par rapport à ce DSE? Les provinces recueillent-elles les mêmes données? Recueillent-elles toutes des données différentes? Il me semble que si c'était les mêmes données partout, ce serait beaucoup mieux, parce que nous pourrions utiliser ces données.

Mme Yeates : Je pense que les choses avancent bien dans l'ensemble du pays. D'une certaine manière, ce n'est que le début. C'est un très gros projet. Nous commençons à voir les choses progresser comme dans votre province, et nous sommes témoins de cela dans l'ensemble du pays.

Je pense que nous commençons à voir les premiers résultats positifs du côté clinique. Le fait de disposer d'une radiographie ou d'un tomodensitogramme en format électronique permet aux gens d'utiliser ces choses lorsqu'ils en ont besoin, et nous commençons à voir cela pour les gens qui travaillant dans ce domaine.

La chose dont nous avons beaucoup moins parlé, et qui, selon moi, ne va pas avoir d'incidence si nous ne décidons pas consciemment que c'est ce que nous voulons, c'est si nous devons normaliser certaines choses pour nous assurer de pouvoir utiliser ces données pour effectuer le suivi de la santé des populations.

Nous n'en avons pas beaucoup parlé. Nous n'avons établi ni les règles du jeu, ni ce qui va être mis en commun, ni les raisons pour lesquelles il serait important de normaliser certains éléments. Il y aura peut-être des éléments qu'il ne sera pas nécessaire de normaliser. Si ceux-ci sont différents d'une région du pays à l'autre, cela n'aura pas d'importance.

Il y a d'autres éléments. Lorsqu'il s'agit de déterminer si nous faisons des progrès par rapport au diabète, est-ce que l'incidence est mieux ou est-ce que c'est le traitement qui est mieux? Si nous sommes en mesure de le savoir à un moment donné, nous devons normaliser certaines définitions. Nous devons convenir de l'utilisation de certaines choses — des données cliniques, essentiellement, tirées du dossier de santé électronique, qui

rules, prohibitions and privacy safeguards we would extract for these population health measures, which will be enormously important.

The electronic health record is currently going very well in various parts of the country although, we are not yet at that stage where we are consciously thinking about what we will use the record for in a population health context.

Lars Osberg, Department of Economics, Dalhousie University: I would like to emphasize an issue that is important for data, analysis and policy purposes, and that is the long lags that are inherent in some of the socio-economic determinants of health. If you think of some of the socio-economic determinants of health as shocks or injuries or stressors to the system, very often individuals and families can buffer them for a while and the impacts do not show up right away, but they are latent and show up way down the road.

In terms of extreme events, we have known for a long time that low-birth-weight babies have poorer health while infants, and then all sorts of poorer health outcomes later on, through their entire life course, because of injuries *in utero*.

In less-developed countries, it has been known for quite some time that if there is a famine and poor nutrition, young children lose height and never quite get it back. Years later, they have poorer cognitive and social outcomes in many different directions. In terms of extreme events, we have known this for a long time, but many of the processes we are trying to tease out are subtler.

Think of the impact of a spell of poverty on a child. The Panel Study of Income Dynamics in the United States started in the 1970s, and they are now following up on some of the children from those families who are entering their mid-30s. For people aged 18 years to 20 years, their youth is a tremendous buffer against many ailments, so many conditions did not show up for several years. However, when they are entering their 30s, some of these latent injuries that were received early on in life do start to show up.

The data problem in Canada is that we did not have a similar study to the Panel Study of Income Dynamics starting in the 1970s, and we are only instituting those kinds of surveys now. The problem there is that some of them are on six-year rotation panels, so we will not ever get this long span of data that we need to fully analyse it. We have to depend on administrative records for at least some of our reaching back in time.

contiendra tous les détails et toute l'information permettant l'identification. Nous devons convenir des règles, des interdictions et des mécanismes visant à assurer la protection des renseignements personnels dans le cadre desquels nous obtiendrons ces données sur la santé des populations, qui seront d'une importance capitale.

Les choses avancent très bien, pour ce qui est du dossier de santé électronique, dans différentes régions du pays, quoique nous n'en soyons pas encore rendus à l'étape où nous réfléchissons consciemment à l'utilisation que nous allons faire de ce dossier dans le contexte de la santé des populations.

Lars Osberg, Département d'économie, Université Dalhousie : J'aimerais insister sur une chose importante par rapport aux données, aux analyses et aux politiques, et il s'agit de la longueur des périodes qu'il faut envisager lorsqu'on examine certains déterminants socioéconomiques de la santé. Si vous imaginez certains des déterminants socioéconomiques de la santé comme des chocs, des blessures ou des contraintes exercées sur le système, dans bien des cas, les personnes et les familles peuvent les absorber pendant un certain temps, et les répercussions ne sont pas tout de suite manifestes, mais elles sont latentes et finissent par ressortir.

Pour ce qui est des événements extrêmes, nous savons depuis longtemps que les enfants qui naissent avec une insuffisance de poids sont moins en santé que les autres pendant qu'ils sont nourrissons, et qu'il y a toutes sortes d'autres problèmes de santé qui découlent de cela par la suite, pendant toute leur vie, à cause des blessures subies dans l'utérus.

Dans les pays en développement, on sait depuis assez longtemps que la famine et la malnutrition font que les jeunes enfants sont plus petits qu'ailleurs et ne rattrapent jamais vraiment les autres. Des années plus tard, ils obtiennent des résultats plus faibles que les autres sur les plans cognitif et social à de nombreux égards. Pour ce qui est des événements extrêmes, nous savons ces choses depuis longtemps, mais bon nombre de processus que nous essayons de comprendre sont plus subtils.

Pensez aux répercussions d'une période de pauvreté sur un enfant. La Panel Study of Income Dynamics a été entreprise dans les années 70 aux États-Unis, et les personnes qui effectuent cette étude suivent aujourd'hui l'évolution de certains des enfants de ces familles qui ont fait l'objet de l'étude, enfants qui sont maintenant dans la mi-trentaine. Chez les jeunes de 18 à 20 ans, la jeunesse occulte beaucoup d'affections, ce qui fait qu'il y en a beaucoup qui ne se manifestent pas avant plusieurs années. Cependant, lorsqu'ils arrivent dans la trentaine, certaines de ces blessures latentes qu'ils ont subies étant jeunes commencent à faire surface.

Le problème que nous avons, au Canada, par rapport aux données, c'est que nous n'avons pas commencé une étude du genre de la Panel Study of Income Dynamics dans les années 70, et nous ne commençons que maintenant à faire ce genre d'enquête. Le problème que cela pose, c'est que ces études sont effectuées en partie par des groupes créés pour six ans, ce qui fait que nous n'allons jamais recueillir des données pendant

The policy problem is that if you dismantle the social safety net in the mid-1990s, a lot of things will not happen right away, but you are increasing the depth of poverty and that will have some impact down the road, years later. The government that makes the decisions one way or another does not pay the price, in health costs, for their social policy decisions. Similarly, the government that makes the decisions to improve social policy does not themselves reap the benefits in terms of health care costs because they are way down the road.

There is a data problem, an analysis problem and a policy problem, and they are driven by the long lag between injury and outcome, as you often observe in the socio-economic determinants of health.

Senator Segal: I find myself in agreement with both Mr. Osberg and Mr. Cappe, particularly in the context of trying to do an impact assessment of the various factors that impact on public health and trying to have some weighting. We are far away from knowing that; I understand that. Clearly, from the point of view of public policy and from the point of view of what governments should do with their limited resources, having some understanding of that will be of immense assistance.

I also think that to some extent it is of value, in the use of Ms. Yeates' CIHI statistics, for us to also reflect on what government does well. Government does not do all things well, no matter who is in power; and government does some things extremely well.

To the extent the committee, in its wisdom, will be offering advice as to what government might do about increasing the positive aspects of population health, it will be important to marry the numbers with some sense of what we think governments — federal and provincial level — can do well, as opposed to those things which evidence has indicated consistently, whether it is a government of the left or the centre or the right, or a mix of all three, just cannot do well because it is beyond the range of what governments can do in a host of different ways. While that is a tall order to ask any subcommittee or committee to assess, the salience of the advice that is offered and the degree to which it is picked up quickly and used will depend on how far the committee is prepared to go on those kinds of recommendations.

Mr. Lewis: When you hear where we stand in some international rankings, whether or not we can quibble with the methodology, we are dead last in value for money in our health

suffisamment longtemps pour faire une analyse complète. Nous devons compter sur les dossiers administratifs pour au moins une partie des analyses que nous faisons sur des périodes passées.

Le problème qui se pose sur le plan des politiques, c'est qu'en supprimant le filet de sécurité sociale au milieu des années 90, beaucoup de choses ne se sont pas produites tout de suite, mais on a fait augmenter l'ampleur de la pauvreté, ce qui va avoir des répercussions à long terme, des années plus tard. Le gouvernement qui prend les décisions dans un sens ou dans l'autre, n'a pas à payer le prix, sur le plan des coûts liés à la santé, de ces décisions relatives aux politiques sociales. Parallèlement, le gouvernement qui décide d'améliorer les politiques sociales ne profite pas lui-même de la diminution des coûts liés aux soins de santé, parce que cette diminution a lieu beaucoup plus tard.

Il y a un problème de données, un problème d'analyse et un problème de politiques, et ces problèmes découlent du laps de temps important qu'il y a entre la blessure et son effet, comme on peut souvent l'observer dans le domaine des déterminants socioéconomiques de la santé.

Le sénateur Segal : Je suis d'accord avec MM. Osberg et Cappe, surtout pour ce qui est d'essayer d'évaluer les différents facteurs qui ont des répercussions sur la santé publique et d'essayer de pondérer ces facteurs. Nous sommes loin de posséder ces connaissances; c'est quelque chose que je comprends. Il est clair, que, du point de vue des politiques publiques et du point de vue de ce que les gouvernements peuvent faire avec des ressources limitées dont elles disposent, avoir une idée de cela va être extrêmement utile.

Je pense aussi qu'il est utile, dans une certaine mesure, par rapport à l'utilisation que Mme Yeates fait des chiffres de l'ICIS, que nous réfléchissions également à ce que le gouvernement fait bien. Le gouvernement ne fait pas tout comme il faut, peu importe qui est au pouvoir, mais il fait certaines choses extrêmement bien.

Dans la mesure où le comité, dans sa sagesse, va donner au gouvernement des conseils sur ce qu'il pourrait faire pour accroître les aspects positifs de la santé des populations, il sera important d'associer les chiffres à une idée de ce que nous pensons que les gouvernements — le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux — peuvent faire bien, plutôt que de ces choses dont les données ont montré systématiquement que les gouvernements ne peuvent pas les faire bien, que ce soit un gouvernement de la gauche, du centre ou de la droite, ou une combinaison des trois, simplement parce qu'elle dépasse la portée de ce que les gouvernements peuvent faire de toutes sortes de façons. C'est une entreprise de taille que de demander à un sous-comité ou à un comité d'évaluer cela, la pertinence du conseil donné et la mesure dans laquelle il sera écouté et appliqué rapidement dépendra de ce que le comité sera prêt à faire par rapport à ce genre de recommandations.

M. Lewis : Lorsque vous entendez notre position dans les classements internationaux, que la méthode soit contestée ou non, nous arrivons au dernier rang pour ce qui est de l'utilisation

and social spending. Is that a motivator? Is that the kind of data that might make this a little less obscure?

Should governments collectively be confessing and saying that for some reason we have this fundamentally wrong and it has something to do with our inability to reduce inequalities, which I think is at the root of the value-for-money issue?

Senator Segal: I share that perspective intensely, Mr. Lewis, and will be making brief comments along that same theme a little later in the agenda.

Let me also make the case that there is a correlation, and I think a causality — if I may be so bold, in the presence of intense economic skill sets that I do not share — with regard to the core question of poverty. I think it emerges directly from Ms. Yeates' numbers. If you look at those countries that are doing better than we on certain measures, the answer is they are doing better on population health for reasons that relate to the way they have narrowed the gaps. From Disraeli to Adlai Stevenson, people have been grappling with that issue, and it is my view that it is something on which the committee should offer some reflection.

Dr. David Butler-Jones, Chief Public Health Officer, Public Health Agency of Canada: I would like to wade in on the numbers debate before I address the other points. Concerning correlation and causation, I cannot count the number of times I have seen umbrellas cause rain because there are more on a rainy day. When the numbers of umbrellas are reported, those numbers then drive the decisions. The nature of evidence is something that requires work.

To return to Mr. Cappe's comment about what gets measured does get done, we have seen that in terms of *Maclean's* surveys and others skewing decision-making in order to look good. It is really important to make clear what we actually decide to measure and track, and the context in which we measure and track it. Where we do not have data on something that is important, we need to find a way of either measuring it or at least understanding the logic model behind it.

Part of the challenge for data is that poverty, for me, is a constellation. It is not simply an issue of economics. It is a constellation of poverty, relationship, community, education and literacy. To tease out the determinants as isolated components, as we tend to do in medicine and other realms, is exceedingly important in understanding the dynamics and the interrelationships, but also very difficult to do.

optimale de l'argent investi dans le domaine de la santé et des services sociaux. Est-ce que c'est un facteur de motivation? Est-ce que c'est le genre de données qui est susceptible de rendre la question un peu moins obscure?

Est-ce que les gouvernements devraient collectivement se confesser et avouer que, pour une raison ou une autre, nous avons commis une erreur fondamentale et que cela a à voir avec notre incapacité de réduire les inégalités, qui, à mon sens, sont au cœur du problème de l'optimisation des ressources?

Le sénateur Segal : Je suis tout à fait d'accord, monsieur Lewis, et je vais faire une brève observation sur ce thème un peu plus tard au cours de la séance.

Permettez-moi également de dire qu'il y a une corrélation, et, à mon avis, un lien de cause à effet — si je peux me permettre de dire les choses ainsi en présence de gens qui possèdent de fortes compétences en économie que je ne possède pas moi-même — en ce qui concerne la question fondamentale de la pauvreté. Je pense que cela découle directement des chiffes qu'a présentés Mme Yeates. Si l'on jette un coup d'œil du côté des pays qui s'en tirent mieux que nous d'après certains indicateurs, la réponse est qu'ils obtiennent de meilleurs résultats en santé des populations pour des raisons qui ont trait à la façon dont ils ont réduit les écarts. De Disraeli à Adlai Stevenson, les gens se sont attaqués à ce problème, et je suis d'avis que c'est une chose à laquelle le comité devrait réfléchir.

Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada : J'aimerais m'attaquer à la question des chiffres avant de parler des autres choses. Pour ce qui est des corrélations et des liens de cause à effet, je ne pourrai pas vous dire le nombre de fois que j'ai vu des parapluies causer la pluie parce qu'on en voit davantage pendant les journées pluvieuses. Lorsqu'on fait état du nombre de parapluies, ces chiffres sont le fondement des décisions qui sont prises. La nature des données est une chose à laquelle il faut travailler.

Pour revenir sur ce que M. Cappe a dit au sujet du fait que c'est dans les domaines où on évalue des choses qu'on prend des mesures, on a vu cela se produire dans le cas des sondages réalisés par *Maclean's* et par d'autres organisations, où le processus décisionnel est orienté de façon à faire en sorte que les choses paraissent bien. C'est vraiment important de clarifier ce que nous décidons d'évaluer et de surveiller, ainsi que le contexte dans lequel nous effectuons l'évaluation et le suivi. Dans les cas où nous ne disposons d'aucune donnée sur des choses importantes, nous devons trouver le moyen soit d'évaluer ces choses, soit, à tout le moins, de comprendre le modèle logique sous-jacent.

Une partie du problème qui touche les données, c'est que la pauvreté, à mes yeux, fait partie d'une constellation de problèmes. Il ne s'agit pas que d'une simple question d'économie. Il s'agit d'une constellation formée de la pauvreté, des relations, de la collectivité, de l'éducation et de l'alphabétisation. Dégager les déterminants comme les composantes isolées, comme nous avons tendance à le faire en médecine et dans d'autres domaines, est une

One thing that has always intrigued me, having looked at this issue for a few decades now, is why is it that in neighbouring outports, with the same economic conditions, the same geography, the same everything, one is healthy and one is not? What are the factors? We have not done enough research on that. We have some ideas about that, but we are not so sure.

We have not used natural experiments enough, both internationally, in terms of policy decisions and implementation, and even nationally. In the 1990s, one of the best things Saskatchewan did for health was provide benefits to low-income families coming off welfare so they did not lose their dental and drug plan for their kids. That had as big an impact on the health of that province as just about anything else in terms of narrowing the gap. We have data to support that, but we have not effectively used that data.

I share Ms. Yeates' enthusiasm for the better collection of data. However, part of the challenge is making sure we understand the purposes and the differences between surveillance, where we are collecting data on a routine basis to track things, and routine data collection for the purposes that Ms. Yeates is talking about with CIHI and others and research. We need to be clear about the question we are asking and what is the best way to get at it to elucidate the fact that it is not the umbrellas causing the rain or other things, and then how applicable is it and in how many places beyond the place that the research gets done.

Finally, back to Ms. Bégin's point, at what point do we know enough? Do we have enough information to make some kind of a decision or move in this direction rather than another and then to evaluate and assess it? It has been in the population health debate for a long time now. We can do a number of things at the community level to make a difference in people's lives. We have to do macro-policy, which became an excuse because while we are working on this, we do not have the focus and energy to do the things that make a difference in everyday lives. It is a combination of those. It is not an either/or situation. It is that interface between the various dynamics of the determinants and poverty, and the relationship is not simply government or individual but rather the constellation of those that reduces disparities and improves overall health.

chose extrêmement importante pour comprendre la dynamique et les interrelations, mais c'est également une chose très difficile à faire.

L'une des choses qui m'ont toujours intrigué, comme j'examine la question depuis quelques décennies, c'est ce qui fait qu'une personne peut être en santé et une autre non dans deux villages voisins où tout est pareil : la situation économique, la géographie, tout. Quels sont les facteurs qui entrent en jeu? Nous n'avons pas fait suffisamment de recherches là-dessus. Nous avons certaines idées à cet égard, mais nous ne sommes pas vraiment sûrs de tout comprendre.

Nous n'avons pas suffisamment tiré parti des expériences naturelles, tant à l'échelle internationale, sur le plan des décisions stratégiques et de leur application, qu'à l'échelle nationale. Dans les années 90, l'une des meilleures choses qu'on a faites en Saskatchewan pour la santé de la population, ça a été d'offrir des prestations aux familles à faible revenu qui cessaient de vivre de l'aide sociale, de façon qu'elles ne perdent pas l'accès aux régimes de soins dentaires et de médicaments pour les enfants. Cette mesure a eu un effet aussi important sur la santé de la population de la province qu'à peu près tout le reste, pour ce qui est de réduire l'écart. Nous disposons de données qui le montrent, mais nous ne les avons pas utilisées de façon efficace.

Je partage l'enthousiasme de Mme Yeates au sujet d'une meilleure collecte des données. Cependant, le défi consiste en partie à nous assurer que nous comprenons les objectifs et les différences entre la surveillance, c'est-à-dire le fait de recueillir des données régulièrement pour effectuer le suivi de certaines choses, et la collecte régulière de données aux fins dont Mme Yeates a parlé, par rapport à l'ICIS et à d'autres organisations et par rapport à la recherche. Nous devons formuler clairement les questions que nous posons et le meilleur moyen d'obtenir les réponses, pour montrer que ce ne sont pas les parapluies qui causent la pluie et les autres phénomènes, nous devons ensuite préciser la mesure dans laquelle ces données s'appliquent et dans laquelle elles s'appliquent ailleurs qu'à l'endroit où les recherches ont été effectuées.

Enfin, pour revenir sur ce que Mme Bégin a dit, à quel moment en savons-nous suffisamment? Possédons-nous suffisamment d'informations pour prendre une quelconque décision ou pour nous orienter vers une direction plutôt qu'une autre, et pour ensuite évaluer notre choix? C'est une question qui fait partie du débat sur la santé des populations depuis longtemps. Il y a beaucoup de choses que nous pouvons faire à l'échelon communautaire pour changer la vie des gens. Nous devons élaborer des politiques à grande échelle, ce qui est devenu une excuse, puisque, pendant que nous travaillons là-dessus, nous ne pouvons nous concentrer sur autre chose ni consacrer d'énergie à faire ce qui change des choses dans la vie de tous les jours. La réponse est une combinaison des deux. Ce n'est pas une situation où il faut choisir l'une ou l'autre de ces choses. C'est cette interface des différentes dynamiques des déterminants et de la pauvreté, et la relation a trait non pas simplement au gouvernement ou aux citoyens, mais bien à la constellation de ces éléments qui réduisent les disparités et qui contribuent à l'amélioration de la santé en général.

The Chair: I would like to tease something out that has been of tremendous importance, and it has been raised first by Ms. Bégin, then you, and Mr. Cappe is raised it as well. As we try to contribute to the system in our report, at what point do we settle on a subject and decide we know enough about it — even though we do not know everything — to make some very firm recommendations. Let me give you the example of early maternal health and early childhood development. We went to Cuba because that very poor country, which cannot afford the kind of health care delivery systems we have, asked itself what it would concentrate on and decided to concentrate on healthy mothers and healthy children. Believe me; Cuba has accomplished that goal. I want to use that as an example because I think that in this country, we could have a tremendous health, economic and productivity impact if we zeroed in on maternal health and early childhood development.

Le président : J'aimerais mettre en lumière une chose très importante, qui a été abordée d'abord par Mme Bégin, puis par vous, et M. Cappe l'a abordée aussi. Lorsque nous essaierons de contribuer à l'amélioration du système en rédigeant notre rapport, à quel moment devons-nous choisir un sujet et décider que nous savons suffisamment de choses à ce sujet — même si nous ne savons pas tout —, afin de pouvoir formuler des recommandations très précises. Permettez-moi de vous donner l'exemple de la santé des mères et du développement du jeune enfant. Nous avons visité Cuba, parce que ce pays très pauvre, qui ne peut s'offrir le genre de système de prestations des soins de santé que nous avons, s'est demandé sur quoi il allait se concentrer, et a décidé de se concentrer sur la santé des mères et des enfants. Croyez-moi, on a atteint ce but à Cuba. Je vous donne cet exemple parce que je pense que nous pourrions obtenir de très bons résultats en matière de santé, d'économie et de productivité si nous nous concentrions sur la santé des mères et sur le développement du jeune enfant.

Gina Browne, Professor of Nursing and Clinical Epidemiology, McMaster University: Thank you for your invitation.

I thank Ms. Yeates for her data. I do research and I do read CIHI reports, but today I would like to respond to some of your points, Ms. Yeates, from the point of view of 30 years as a practicing family therapist.

Picking up on the senator's idea of maternal and child health, I would like to tell you about one of my families where the mother is a product of a heroin mother, so she was born brain damaged. She now has a brand new little child who is perfect, so far; however she has poor income, is on social assistance, has housing problems, interpersonal difficulties and problems parenting. She has every problem that you mentioned.

To return to the idea of causality, when you listen to the intergenerational stories about people with mental distress much of the everyday mental illness goes unrecognized. That is to say, that 97 per cent is undetected and reported as depression and anxiety, often coexisting. I am not referring to serious mental illness, which is horrible, but it is only 3 per cent.

With respect to severe major depression, anxiety and panic attacks, in my study, 61 per cent of mothers on social assistance have just that amount, and not only do they have two or more mental health conditions, but 40 per cent have three or more serious physical health conditions and children with behaviour problems and so forth.

All of these issues of education, income, healthy practices, birth weight and so forth could all boil down to — I do not like to make things so simple — the presence or absence of poor mental health, which gives rise to poor parenting practices. Some mothers with depression do not have bad parenting practices, so it is not a straight line. However, problems with mental health affect child stimulation, learning and their literacy. It affects their income,

Gina Browne, professeure en sciences infirmières et épidémiologie, Université McMaster : Merci de votre invitation.

Je remercie Mme Yeates des données qu'elle nous a présentées. Je fais des recherches et je lis les rapports de l'ICIS, mais, aujourd'hui, j'aimerais réagir à certaines des choses que vous avez dites, madame Yeates, du point de vue d'une personne possédant 30 ans d'expérience de la thérapie familiale.

Pour partir de ce que le sénateur disait au sujet de la santé de la mère et de l'enfant, j'aimerais vous parler de l'une des familles dont je m'occupe, dont la mère est la fille d'une héroïnomane, ce qui fait qu'elle avait des troubles cérébraux dès la naissance. Elle vient d'avoir un enfant qui est en parfaite santé jusqu'à maintenant; cependant, son revenu est faible, elle dépend de l'aide sociale, elle a des problèmes liés au logement, elle a des problèmes de relations interpersonnelles et des problèmes liés à son rôle de mère. Elle a tous les problèmes dont vous avez parlé.

Pour revenir sur l'idée de lien de cause à effet, lorsqu'on écoute les histoires intergénérationnelles au sujet de gens qui souffrent sur le plan psychologique, une bonne partie des troubles mentaux ordinaires passent inaperçus. En fait, 97 p. 100 de ces troubles passent inaperçus, et on dit qu'il s'agit de dépression et d'anxiété, souvent chez la même personne. Je ne parle pas des troubles mentaux graves, qui sont terribles, mais qui ne comptent que pour 3 p. 100 du total.

Pour ce qui est de la dépression et de l'anxiété graves et des crises de panique, selon une étude que j'ai faite, 61 p. 100 des mères qui vivent de l'aide sociale n'ont que ça, et non seulement elles ont deux troubles de santé mentale ou plus, mais 40 p. 100 d'entre elles ont trois troubles de santé physique ou plus, et leurs enfants ont des problèmes de comportement, et ainsi de suite.

Tous les problèmes liés à l'éducation, au revenu, à l'hygiène, au poids des enfants à la naissance et ainsi de suite pourraient se résumer — je n'aime pas simplifier autant les choses — à la santé mentale, et les parents qui n'ont pas une bonne santé mentale ne seraient en pas en mesure de bien jouer leur rôle de parents. Il y a des mères dépressives qui s'occupent bien de leurs enfants, alors ce n'est pas quelque chose d'absolu. Cependant, les troubles de santé

and it affects their ability to buy fruit and vegetables. Many people use substance abuse as a form of self-medicating behaviour. It gives rise to interpersonal difficulties and problem solving, giving rise to further adverse events in a person's life.

I agree with the point that it is a constellation of types of impoverishment that are interacting. These kinds of adverse events change biology and genes, and then it becomes intergenerational. We know that even if people are born with certain limitations, a good environment or whatever can set them apart better than others. Therefore, in all the literature about determinants of health, I never see people's mental illness emphasized enough. We treat mental illness as if it is just one other organ, namely, the brain, whereas I see health defined as the capacity to respond to life's predicaments and challenges. If you have mental illness, you cannot respond as well, and it is not under your control. That is what I wanted to say.

I agree with all of that, but I think it boils down to underlying mental health issues on which we have very little data.

Dr. Jeff Reading, Scientific Director, Institute of Aboriginal People's Health for the Canadian Institutes of Health Research: Good morning. I would like to thank Dr. Keon for inviting me and recognize the work of the Honourable Monique Bégin and the World Health Organization Commission on Social Determinants of Health, with Sir Michael Marmot.

One of the things Michael Marmot talks about is the causes of causes, so when we talk about disparities, everyone here understands that they are caused by socio-economic circumstances. In Aboriginal health, we talk about the causes of causes of causes. In other words, the causes of poverty relate to the political economy of Canada and the historical circumstances that have placed Aboriginal people, particularly First Nations, at a disadvantage. Many of us believe that we are in a post- failed-assimilation context, whereas if assimilation had actually worked, Aboriginal people would have been part of mainstream Canada and the problem would have been solved. It has not worked; it has been a colossal failure. In fact, in most of the evidence we can see now, more Aboriginal people are self identifying. There has been a turnaround. Therefore, the problem, if you want to characterize it as a problem, is that it is getting bigger. More and more Aboriginal people and more and more First Nations people are proud of who they are, and it is an urban problem as well as a rural, northern and isolated circumstance.

mentale ont un effet négatif sur la stimulation des enfants, leur apprentissage, et leur degré d'alphabétisation. Cela a un effet sur leur revenu, et aussi sur leur capacité de se procurer des fruits et des légumes. Beaucoup de gens ont recours aux drogues comme à une espèce de traitement personnel. Cela engendre des difficultés dans les relations interpersonnelles, et il en découle d'autres événements négatifs dans la vie de la personne.

Je suis d'accord avec l'idée qu'il s'agit d'une constellation d'éléments appauvrissants en interaction. Ce genre d'événements négatifs modifient les caractéristiques biologiques et les gènes, et le problème devient intergénérationnel. Nous savons que même si une personne a certaines limites à la naissance, si elle grandit dans un bon milieu, elle peut se démarquer des autres. Ainsi, dans toute la documentation au sujet des déterminants de la santé, je trouve qu'on n'insiste jamais suffisamment sur la santé mentale des gens. Nous traitons les troubles mentaux comme s'il ne s'agissait que d'un autre organe, c'est-à-dire le cerveau, tandis que, pour moi, la santé se définit par la capacité d'une personne de faire face aux obstacles et aux défis de la vie. La personne qui est atteinte de troubles mentaux ne peut réagir aussi bien qu'une autre, et cela échappe à son emprise. C'est ce que je voulais dire.

Je suis d'accord avec tout ce qui a été dit, mais je pense que cela se résume à des troubles de santé mentale sous-jacents sur lesquels nous avons très peu de données.

Dr Jeff Reading, directeur scientifique, Institut de la santé des Autochtones des Instituts de recherche en santé du Canada : Bonjour, j'aimerais remercier le Dr Keon de m'avoir invité et souligner l'importance du travail de l'honorable Monique Bégin et de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, avec sir Michael Marmot.

Michael Marmot parle entre autres des causes des causes, alors quand nous parlons des disparités, tout le monde ici présent comprend qu'elles sont causées par la situation socioéconomique. En santé autochtone, nous parlons des causes des causes des causes. En d'autres termes, les causes de la pauvreté ont trait à l'économie politique du Canada et aux événements historiques qui ont placé les peuples autochtones, et particulièrement les Premières nations, dans une situation désavantageuse. Bon nombre d'entre nous pensons que nous vivons une période postérieure à une assimilation ratée, alors que si l'assimilation avait été réussie, les Autochtones feraient partie de la population dominante du Canada, et le problème aurait été réglé. L'assimilation n'a pas fonctionné; ça a été un échec colossal. En fait, d'après la plupart des données dont nous disposons à l'heure actuelle, de plus en plus d'Autochtones s'auto-identifient comme membres de ce groupe. Il y a eu un revirement de situation. Ainsi, le problème, si vous voulez qualifier cette situation de problème, c'est que le phénomène prend de l'ampleur. De plus en plus d'Autochtones et de plus en plus de membres des Premières nations sont fiers de leur identité, et il s'agit d'un problème dans les villes ainsi que d'une situation qui est en train de se produire dans les milieux ruraux, dans le Nord et dans les collectivités isolées.

I characterize it as a problem, as many people do, because there is this gap in life expectancy that we all know very well. One of the problems about my talking to this group is there is little that I can tell you that you have not already heard. We all share that information and we are preaching to the converted in a sense. However, a couple of things are important to underline.

The first one has to do with data. I liked Mr. Butler-Jones' analogy to rain and umbrellas; I like the rain analogy. In Aboriginal health, we are raining data, but there is not a drop of data to drink. That is the problem. We tend to be excluded from access to the information that would improve our lives. We have made some progress, but we could be making more progress in terms of looking at how we would democratize access to data and information that would provide us with the opportunity to make convincing arguments to improve our health care strategies.

I underline what Ms. Potvin mentioned in her presentation about interventions and what works and at what levels. Ms. Yeates wrote, "Very little research output addresses intervention research related to health disparities." That is true. Canada has failed to actually invest the resources to do long-term studies that test interventions, particularly related to sustainable economic development in marginalized populations and communities. In the end result, it is the sustainable economic development, the access to resources, the elimination of extreme poverty and the ability of those families to purchase other determinants of health that will improve the health and well-being of those communities. We have known this for 30 years or more. Social theorists have shown that Aboriginal self-determination would be connected in the long-term to improvements in health, but we failed to do that. The most promising opportunity and failure was the Kelowna Accord, where $5.1 billion was allocated in a unique partnership that would have narrowed the gap, or begun to, but at the eleventh hour that was actually disbanded.

We are in the post-Kelowna Accord environment where Canadians are starting to think, well, maybe the gap in life expectancy and well-being for Aboriginal people is acceptable for Canadians. Maybe we have come to the point where we accept the fact that that will not ever change. I think that is unacceptable. It is unacceptable for Canadians, our system of equality and fairness and the social things we consider to be our values.

The final point I want to make has to do with international comparisons. There are striking similarities between the circumstances and history of Aboriginal people in Canada and indigenous populations worldwide. In the recent opening of Parliament in Australia, the Prime Minister gave a four-page speech about "stolen generations," like the residential schools thing that happened in Canada. What he said was remarkable,

Je dis que c'est un problème, comme beaucoup d'autres, parce qu'il y a un écart au chapitre de l'espérance de vie, comme nous le savons tous très bien. L'un des problèmes que pose le fait que je parle de ce groupe, c'est que je ne peux pas vous dire grand-chose que vous n'avez pas déjà entendu. Nous avons tous cette information, et, dans un sens, nous prêchons des convertis. Il y a cependant deux ou trois choses importantes à souligner.

La première a trait aux données. J'aime bien la métaphore de M. Butler-Jones au sujet de la pluie et des parapluies; j'aime bien la métaphore de la pluie. En santé autochtone, les données pleuvent, mais il n'y a pas une goutte de données à boire. C'est ça le problème. Nous n'avons généralement pas accès à l'information qui nous permettrait d'améliorer notre qualité de vie. Nous avons fait des progrès, mais nous pourrions en faire davantage en envisageant des façons de démocratiser l'accès aux données et à l'information qui nous offriraient la possibilité d'avancer des arguments convaincants en vue de l'amélioration de nos stratégies relatives aux soins de santé.

Je souligne ce que Mme Potvin a dit dans son exposé au sujet des interventions et de ce qui fonctionne à quels niveaux. Mme Yeates a écrit : « Très peu de données de recherche concernent la recherche interventionnelle sur les disparités en matière de santé. » C'est vrai. Le Canada n'a pas investi les ressources nécessaires pour effectuer des études à long terme afin d'évaluer les interventions, surtout en ce qui a trait au développement économique durable des populations et des collectivités marginalisées. Au bout du compte, c'est le développement économique durable, l'accès aux ressources, l'élimination de la pauvreté extrême et la capacité de ces familles de se procurer les choses qui sont d'autres déterminants de la santé qui va permettre l'amélioration de la santé et du bien-être de ces collectivités. Nous le savons depuis au moins 30 ans. Les théoriciens de la société ont montré que, chez les Autochtones, l'autodétermination serait liée à long terme à des améliorations au chapitre de la santé, mais nous n'avons pas suivi ce processus. L'occasion la plus prometteuse, qui s'est soldée par un échec, a été l'Accord de Kelowna, aux termes duquel 5,1 milliards de dollars ont été octroyés dans le cadre d'un partenariat unique qui aurait réduit l'écart, ou commencé à le faire, mais, à la dernière minute, il a été annulé.

Nous sommes en train de vivre la période postérieure à l'Accord de Kelowna, et les Canadiens commencent à penser que l'écart qui sépare les Autochtones d'eux au chapitre de l'espérance de vie et du bien-être est peut-être acceptable. Nous en sommes peut-être arrivés au point où nous acceptons le fait que ça ne changera jamais. Je pense que c'est inacceptable. Ce doit être inacceptable aux yeux des Canadiens, dans notre système d'égalité et d'équité et d'éléments sociaux que nous considérons comme étant nos valeurs.

La dernière chose que je veux dire a trait aux comparaisons avec les autres pays du monde. Il y a des vraisemblances frappantes entre la situation et l'histoire des peuples autochtones du Canada et les populations autochtones du monde entier. À l'ouverture de la session parlementaire en cours en Australie, le premier ministre a lu un texte de quatre pages au sujet des « générations volées », sur quelque chose de semblable

and it was a complete political turn-around for Australia. They have also launched something called Closing the Gap, and it interesting that in the federal report here we use the same terminology.

Australia is doing a whole-of-government approach to look at the broader social determinants to close the 22-year gap between indigenous Australians and the rest of Australia. Their economy is strong right now, and perhaps it is a good time for them to consider that approach. We need to focus our efforts in the international area to look at promising practices that occur in other countries.

It was disappointing when Michael Marmot finished his report and did not have an indigenous lens. We had the poverty lens. We had some language about social exclusion. However, there is a unique indigenous lens that is connected to the history and the present circumstances of Aboriginals in Canada, in the North and also around the world.

Sharon Manson Singer, President, Canadian Policy Research Networks: Thank you very much for the invitation to be here today. I want to speak a bit to the quality of the data available on a provincial basis. If we are to come to a place where we can democratize the data and make it accessible to citizens, it has to be at the provincial level. Newfoundland has probably done the best job of making their data available to citizens through their community accounts, and it is really quite spectacular in terms of being able to measure and compare across communities. British Columbia also invested fairly significantly in looking at regional socio-economic indicators that helped to determine on a health region basis, down to about 55 different regions. Similarly, Manitoba has done a very good job in linking their data sets. The point is that it is very uneven across the country. Ontario, for example, has very little to offer its citizens in terms of being able to measure and compare what is going on.

When we come to the place where we are asking our professionals, our experts, our researchers to analyze the data, it has to come back to citizens who need to be able to look at what they have in their hands in terms of how they are measuring themselves against what is going on. Putting the information and power in the hands of citizens allows those communities to take action. It will also help us, as experts and researchers and politicians and policy-makers, begin to determine the answer to the question, why are some communities healthy and others not? How do people use data to actually turn things around? That is fundamental to the way in which we have to conceptualize this problem. It has to come down to the ability of citizens to ensure that they understand their health. The legions of evidence that we have in so many of these places does not matter a whit if the Canadian public does not believe it.

aux pensionnats indiens au Canada. Ses propos étaient remarquables, et ça a été un revirement politique complet en Australie. Les Australiens ont également lancé une initiative intitulée Combler l'écart, et il est intéressant de voir que, dans les rapports du gouvernement fédéral, on utilise la même terminologie.

Le gouvernement australien a adopté une approche pangouvernementale des déterminants sociaux en général, dans le but de refermer l'écart de 22 ans entre la population autochtone et le reste de la population du pays. L'économie de l'Australie est forte en ce moment, et c'est peut-être une bonne période pour envisager cette approche. Nous devons concentrer nos efforts pour prendre connaissance des pratiques prometteuses des autres pays du monde.

Il était décevant, à la fin du rapport de Michael Marmot, de voir qu'il n'avait pas envisagé les choses dans l'optique autochtone. Il y avait l'optique de la pauvreté. Il y avait un certain vocabulaire concernant l'exclusion sociale. Cependant, il y a une optique autochtone unique qui est liée à l'histoire et à la situation actuelle des Autochtones du Canada, dans le Nord et ailleurs dans le monde aussi.

Sharon Manson Singer, présidente, Réseau canadien de recherche en politiques publiques : Merci beaucoup de m'avoir invitée à participer à la séance d'aujourd'hui. Je veux parler brièvement de la qualité des données accessibles dans les provinces. Si nous devons en venir à démocratiser les données et à les rendre accessibles aux citoyens, il faut que ce soit à l'échelon provincial. C'est probablement Terre-Neuve qui a le mieux réussi à rendre ces données accessibles aux citoyens par l'intermédiaire des comptes communautaires, et c'est vraiment extraordinaire pour ce qui est de faire des évaluations et des comparaisons entre les collectivités. La Colombie-Britannique a également beaucoup investi pour examiner les indicateurs socioéconomiques régionaux qui ont permis d'évaluer la santé dans les régions, dans environ 55 régions différentes. De même, le Manitoba a fait du très bon travail pour coupler ces ensembles de données. Ce que je veux dire, c'est que c'est très inégal dans l'ensemble du pays. En Ontario, par exemple, on offre très peu de choses aux citoyens pour leur permettre d'évaluer la situation et de la comparer avec ce qui se passe ailleurs.

Lorsque nous en arrivons à demander à nos professionnels, à nos spécialistes, ainsi qu'à nos chercheurs d'analyser les données, il faut que cela revienne aux citoyens, qui doivent pouvoir savoir à quoi s'en tenir et évaluer leur situation par rapport à ce qui se passe. Remettre l'information et le pouvoir entre les mains des citoyens permet aux collectivités de prendre des mesures. Cela va également nous permettre, à nous, les spécialistes, les chercheurs, les politiciens et les décideurs, de commencer à répondre à la question suivante : pourquoi certaines collectivités sont-elles en santé et d'autres pas? Comment les gens utilisent-ils les données pour changer les choses? Voilà qui est un élément essentiel de la façon dont nous devons définir le problème. Il faut que cela revienne à la capacité des citoyens de s'assurer qu'ils comprennent ce qui assure leur santé. Ça ne sert à rien que nous disposions de tant de données sur tous ces endroits si la population canadienne ne croit pas qu'elles décrivent la réalité.

The Chair: We are running out of time for our first theme and I want to think about something Dr Reading raised, which is the whole-of-government approach to population health from Australia, Britain and so forth. Somewhere between up there, a whole-of-government approach, and down here, at the community level for implementation, we would like to assist governments, NGOs and the population at large find a way through this morass to begin to effect change in population health.

We will now turn to our second theme.

Mr. Lewis: We will go directly to Senator Segal who will talk to us about reorienting government policy, which moves us into the main theme of the day.

Senator Segal: Colleagues, I appreciate the invitation to this Population Health Round Table. I know that your work embraces all the determinants of population health and not only poverty. However, I also know from my own experience in various governments that government does not do all things equally well, nor does it have the capacity to do everything. Therefore, choices must be made. Advising on what works best and where the lion's share of resources should go would, in my humble submission, be the most politically salient and impactful counsel this Senate committee could offer.

I will therefore, try to make the case this morning, that poverty is the most seminal and efficiently addressed of the many other important determinants of public health. When poverty is properly addressed, the results are outstanding and far-reaching relatively quickly — more quickly than other determinants you might address with equal determination.

I will suggest a broad reorientation of social policy, which will offend people equally on the left and the right. I will certainly offend all bureaucrats presently in the employ of most governments on this issue, simply because it attacks a core inertia and sense of comfort that we all have acquired, in my view unjustifiably, from the social safety net as it now exists, as we quietly whistle through the graveyard at the failures that are absolutely apparent.

I will make the case that if we could get our government to focus on a negative income tax guaranteed annual income it would, if structured generously enough, bring all Canadians above the poverty line. It would force a regional and effective definition of that line, encourage tax filing compliance, and protect filers' privacy, much more than is the case in our welfare system now. It would increase children's chances and opportunity, improve the database on active poverty, which would be renewed annually and reduce multi-illness life pathologies caused by poverty. It would reduce pressure on hospitals; begin adding to healthy life spans; and increase the

Le président : Le temps que nous avions pour notre premier thème est écoulé, et je veux réfléchir à une question que le Dr Reading a soulevée, c'est-à-dire à l'approche pangouvernementale de la santé des populations qu'ont adoptée l'Australie, la Grande-Bretagne et ainsi de suite. Quelque part entre l'approche pangouvernementale et la mise en œuvre à l'échelle communautaire, nous aimerions aider les gouvernements, les ONG et la population en général à trouver un moyen de sortir de ce marasme et d'amorcer des changements dans le domaine de la santé des populations.

Nous allons passer à notre second thème.

M. Lewis : Nous allons passer directement au sénateur Segal, qui va nous parler de la réorientation des politiques gouvernementales, ce qui nous amène à notre thème principal de la journée.

Le sénateur Segal : Chers collègues, merci de m'avoir invité à participer à une table ronde sur la santé des populations. Je sais que votre travail porte sur tous les déterminants de la santé des populations, et non seulement sur la pauvreté. Je sais cependant, de par mon expérience au sein de différents gouvernements, que les gouvernements ne font pas tout avec la même efficacité, ni n'ont pas la capacité de tout faire. Il faut donc faire des choix. Conseiller ce qui fonctionne et ce dans quoi on devrait investir la majeure partie des ressources est, à mon humble avis, le travail le plus pertinent, sur le plan politique, et le plus susceptible d'avoir des répercussions que le comité sénatorial puisse faire.

J'espère donc vous convaincre ce matin que la pauvreté est le plus fondamental des nombreux déterminants de la santé publique et que c'est en s'attaquant à ce problème qu'on peut obtenir le plus de résultats. En faisant cela, on obtient des résultats remarquables et dont la portée est grande assez rapidement — plus rapidement qu'en s'occupant des autres facteurs avec la même détermination.

Je vais proposer une réorientation générale des politiques sociales, qui va choquer les gens de la gauche comme ceux de la droite. Je vais certainement choquer tous les bureaucrates qui travaillent à ce dossier au sein de la plupart de gouvernements, simplement parce que ma proposition s'attaque à l'inertie fondamentale et au sentiment de confort que nous avons tous acquis, à mon sens de façon injustifiée, de par l'existence du filet de sécurité sociale actuel et que nous sifflotons tranquillement alors que nous traversons un cimetière d'échecs tout à fait manifestes.

J'affirme que si nous pouvions convaincre le gouvernement d'offrir un revenu annuel garanti fondé sur un impôt négatif sur le revenu et dont la structure soit suffisamment généreuse, cela permettrait d'amener tous les Canadiens au-dessus du seuil de la pauvreté. Cela aurait également pour effet de rendre nécessaire une définition régionale et fonctionnelle de ce seuil, d'encourager les gens à déclarer leur revenu et de protéger les renseignements personnels des personnes qui produisent une déclaration, beaucoup plus que dans le cadre du régime d'aide sociale actuel. Cela multiplierait les possibilités pour les enfants, améliorerait la base de données sur la pauvreté réelle, qui serait mise à jour

penalties for fraud, which under the tax act are more serious than penalties for gaming the welfare system. This occurs on occasion and we need to be a little sensitive about it.

As we consider design elements and comparative costs, it is my hope that we would look beyond the provincial general social assistance costs, exclusive of education, health care, seniors' pension and Old Age Security entitlements, which I suggest we do not change. We should add those costs to the real costs of running our prisons, our justice system, children's aid, the cost of dealing with family violence and Aboriginal poverty, to determine how much the actual price tag is for the absolute absence of a coherent anti-poverty strategy now.

Around this table, you will perhaps understand better than I ever could, the interwoven pathologies of poverty, poor nutrition, low educational attainment, low exercise, and preventable but expansive chronic and acute diseases. Dr. Keon will be upset I did not mention trans fat on that list. However, it has not reached my heart yet, although I know it is very important to him.

Of all the things we might do quickly to reverse this pattern, I submit with respect that reducing the percentage of our population who are poor is the least expensive, the most time efficient and most easily done. I would say, as I joked with Dr. Butler-Jones over coffee, we should not be seduced by the constellation of factors. All that does is divide our resources in a thousand different pockets and envelopes, none of which is likely to achieve any meaningful impact in the lifetime of people who are poor and likely to get sick now. Not future generations, but people who are poor now and living unbearable lives.

No government alone has the tools, cash or constitutional jurisdiction in our federation to increase exercise, improve nutrition or keep people in school beyond university. However, the Government of Canada, under the federal Income Tax Act, and by virtue of tax collection agreements with nine provinces, has the capacity to deliver quickly on a universal anti-poverty strategy should we have the courage to put it into effect.

The basic elements are already in place. A GST tax credit automatically deposits cash into the accounts of Canadians who earn beneath an established threshold. A guaranteed negative income tax credit could do the same. Over time, compliance

chaque année, et réduirait l'incidence des multiples maladies causées par la pauvreté et qui durent pendant toute la vie des personnes affectées. Cette mesure réduirait les pressions exercées sur les hôpitaux, commencerait à accroître l'espérance de vie en santé et ferait augmenter les pénalités imposées pour fraude, qui, dans le cadre de la Loi de l'impôt sur le revenu, sont plus graves que les pénalités que se voient imposer les personnes qui profitent du régime de l'aide sociale. C'est quelque chose qui se produit à l'occasion, et nous devons faire un peu attention à cela.

Dans le cadre de l'examen des éléments de conception et des coûts comparatifs, j'aimerais que nous voyions au-delà des coûts généraux de l'aide sociale pour les provinces, mis à part l'éducation, les soins de santé, les pensions des personnes âgées et les prestations de la Sécurité de la vieillesse, que je propose de ne pas modifier. Nous devrions ajouter ces coûts à ce qu'il nous en coûte réellement pour faire fonctionner nos prisons, pour faire fonctionner le système judiciaire, pour fournir de l'aide aux enfants, pour régler les problèmes de violence familiale et de pauvreté chez les Autochtones, de façon à déterminer quelle partie de la facture est attribuable à l'absence complète d'une stratégie antipauvreté bien définie.

Les gens ici présents comprennent probablement mieux que je ne les comprendrai jamais les effets morbides conjugués de la pauvreté, d'une mauvaise alimentation, d'un faible niveau d'instruction, d'un manque d'exercices et de maladies chroniques ou aiguës évitables mais coûteuses. Le Dr Keon ne sera pas content que je n'aie pas mentionné les gras trans. Cependant, je n'ai pas encore ça à cœur, même si je sais que c'est très important à ses yeux.

De tout ce que nous pourrions faire rapidement pour renverser cette tendance, la solution la moins coûteuse, la plus efficace et la plus simple est, à mon humble avis, de réduire la proportion des pauvres au sein de notre population. Je dirais, pour reprendre la blague que j'ai faite au Dr Butler-Jones pendant que nous prenions un café, que nous ne devrions pas nous laisser hypnotiser par la constellation de facteurs. Tout ce que ça fait, c'est que ça répartit nos ressources dans des milliers de poches et d'enveloppes différentes, sans que ce ne soit susceptible d'avoir un quelconque effet pendant la vie des gens qui sont pauvres et qui sont en ce moment susceptibles de tomber malades. Je parle non pas des générations futures, mais de gens qui sont pauvres en ce moment et qui vivent dans des conditions insupportables.

Aucun gouvernement ne possède à lui seul les outils, ni les fonds ni la compétence constitutionnelle nécessaires pour amener les gens à faire plus d'exercice, à mieux s'alimenter ou à poursuivre des études supérieures. Or, le gouvernement fédéral, en vertu de la Loi fédérale de l'impôt sur le revenu et des accords conclus avec neuf provinces en matière de perception des impôts, est en mesure de mettre rapidement en œuvre une stratégie antipauvreté universelle et devrait avoir le courage d'adopter une stratégie du genre.

Les éléments de base sont déjà en place. Les Canadiens dont le revenu est inférieur à un seuil établi ont droit à un crédit d'impôt pour la TPS qui est automatiquement déposé dans leurs comptes. Un crédit d'impôt négatif garanti sur le revenu aurait le même

would go up, privacy of filers would be more seriously protected than are the rights of welfare recipients now and efficiencies could be real and measurable.

Fewer children, colleagues, would be professing to have left lunches at home that were never made. Fewer people who hold down jobs but are among the working poor would be encouraged to slip into welfare. The self-employed and farmers would be protected, as they are not now, when their luck was down and not left out of the larger family as they are now.

Let me summarize. Social policy is public health policy. According to Statistics Canada, and I quote: ". . .in 1996, 23 per cent of years of life lost for all causes to age 75 in Canada could be attributed to income differences." Poverty is bad for your health. According to research by Dennis Raphael, professor at York University's School of Health Policy and Management, children who live in poverty have higher incidence of illness, death, hospital stays and injuries, more mental health problems and lower levels of school achievement.

Canada does not have an official definition of poverty. As a result, by the measure of the Fraser Institute, which uses an awfully meagre and far too narrow "basic needs" approach to poverty measurement, we have more than 1.6 million Canadians — hundreds of thousands of whom are children — living in serious deprivation. By the measure of the Make Poverty History campaign, almost 5 million Canadians live in poverty. Whichever measure is used, poverty is increasing for youth, workers, young families, immigrant and visible minority groups. Poverty among Aboriginal groups, as was mentioned earlier, remains appallingly high both on- and off-reserve.

All of those poor Canadians will get sick faster and stay ill longer. They will be subjects of interest for the police, courts and prisons far more than those not in poverty. They will likely be users of drub rehabilitation centres and substance abuse services far more than others. They will be more likely to contract HIV/AIDS. They will be abused and will abuse more than others. They will have shorter, more painful lives, and their children will have diminished prospects with lower literacy and educational attainment passed from parent to child.

While thoughtful yet cautious bureaucrats may use the priesthood of complexity to protect the theology of inertia, also described, by the way, as tiny steps in a myriad of constructive areas without any particular intensity or focus, we should not let ourselves be seduced by that.

A clarion call by this committee to use a negative income tax as part of an integrated population health strategy will be of huge value and real import. In the end, poverty, which is so often at the root of illness, family violence, low literacy and reduced

effet. Peu à peu, les gens seraient plus nombreux à déclarer leur revenu, leurs renseignements personnels seraient mieux protégés que les droits des bénéficiaires actuels de l'aide sociale et les économies seraient réelles et mesurables.

Moins d'enfants, chers collègues, diraient avoir oublié à la maison un dîner qui n'a jamais été préparé. Moins de gens pauvres occupant des emplois mal rémunérés seraient incités à recourir à l'aide sociale. Les travailleurs autonomes et les agriculteurs seraient protégés pendant les périodes difficiles et ne seraient pas laissés pour compte comme c'est le cas maintenant.

Bref, politiques sociales et politiques de la santé se confondent. Selon Statistique Canada, et je cite : « En 1996, 23 p. 100 des années de vie perdues, toutes causes confondues, à l'âge de 75 ans au Canada étaient attribuables aux écarts de revenu. » La pauvreté est mauvaise pour la santé. Selon une étude réalisée par Dennis Raphael, professeur à la School of Health Policy and Management de l'Université York, les enfants qui vivent dans la pauvreté présentent un taux plus élevé de maladie, de mortalité, de séjours à l'hôpital et de blessures, en plus de problèmes de santé mentale et un niveau d'instruction plus bas.

Au Canada, il n'y a pas de définition officielle de la pauvreté. Par conséquent, selon le Fraser Institute, qui mesure de façon beaucoup trop restreinte la pauvreté en fonction des seuls « besoins essentiels », plus de 1,6 millions de Canadiens — dont des centaines de milliers d'enfants — vivent dans un grave dénuement. Selon la mesure de la campagne Abolissons la pauvreté, près de cinq millions de Canadiens vivent dans la pauvreté. Quelle que soit la mesure utilisée, la pauvreté augmente chez les jeunes, les travailleurs, les jeunes familles, les immigrants et les membres des minorités visibles. Chez les Autochtones, elle demeure consternante autant dans les réserves qu'à l'extérieur de celles-ci.

Tous ces Canadiens pauvres deviendront plus rapidement malades et le resteront plus longtemps que les autres. Ils connaîtront de près les milieux policier, judiciaire et carcéral plus que les autres. Ils deviendront vraisemblablement des utilisateurs des centres de désintoxication et de services pour toxicomanes beaucoup plus que les autres. Ils risquent de contracter le VIH/sida beaucoup plus que les autres. Ils seront victimes de violence et commettront davantage de gestes de violence que les autres. Leur vie sera plus courte et plus difficile, et leurs enfants auront moins de possibilités d'épanouissement, héritant de leurs parents un piètre niveau d'alphabétisme et d'instruction.

Des bureaucrates avisés mais prudents utiliseront peut-être le dogme de la complexité pour préserver le principe sacré de l'inertie, ce qui se décrit aussi, soit dit en passant, comme de minuscules mesures prises dans le cadre d'une myriade d'initiatives constructives sans intensité ou sans orientation particulières, mais nous ne devrions pas nous laisser leurrer par ça.

Il serait très utile et vraiment important que le comité lance un appel en faveur de l'intégration d'un impôt négatif sur le revenu dans une stratégie globale pour une population en santé. Au bout du compte, la pauvreté, qui est si souvent la cause de la maladie,

educational attainment — all of which also contribute to shorter lives, more illness and disability — actually is about simply not having enough money.

When you go down to the causal root, you get deferred into the benefits for future generations. Those fellow Canadians suffering now just get left off the list, and we have done a pretty good job of that as a society.

Our present welfare and multi-program, multi-level piecemeal approach assumes, because it is based on the old notion, that there is a moral weakness to poverty that the system dare not tolerate without putting people through some tests. That is absolute Victorian piffle. Poverty is not, as some academics argue, a condition to which one can respond through a broad range of educational, health care and community service instruments, all of which have equal value or impact, or value or impact we cannot measure for generations.

People who are now poor will die poor, or in prison, or from domestic violence, or earlier than necessary from disease while more complex programs are being designed and shaped.

The best way to deal with poverty and its impact on public health is by bringing those beneath the poverty line above it. This can be done directly and simply, so that they can benefit from full access to the economic mainstream with all the personal, health status and personal benefits that we know will accrue when people are living above the poverty line.

I thought I would make this small, non-proactive intervention and invite whatever discussion and personal attacks it might otherwise suggest.

Mr. Lewis: Thank you very much. I would imagine that if I said, "Raise a hand if you have a response," we would be doing group exercises, but feel free.

Participants, I just want to remind you that we want this day to end up with concreteness and suggestions. Senator Segal has made a number of suggestions, as well as a diagnosis. You are quite happy to have additional diagnoses. You may want to take issue with anything anyone says, but the conclusion of your intervention should be: "Therefore, I propose that we do this." That would be very helpful to start building the inventory.

Ms. Bégin: I do not want to pit one eminent, remarkable senator against another. I admire the work of them both, and I have no idea of the politics of their concurrent committees. In the notes that I have distributed for this afternoon I have not touched guaranteed annual income in the work of Senator Segal's

de la violence familiale, du faible degré d'alphabétisation et de scolarité — toutes choses qui sont également associées à une vie plus courte, à une fréquence plus élevée des maladies et des handicaps — revient tout simplement au fait de ne pas avoir suffisamment d'argent.

Lorsque vous remontez jusqu'à la cause principale, vous êtes renvoyé aux avantages pour les générations futures. Nos concitoyens canadiens qui souffrent en ce moment sont tout simplement laissés pour compte, et notre société est bonne pour favoriser cela.

Notre approche globale actuelle, fondée sur l'aide sociale, de multiples programmes et une intervention à de multiples niveaux présume, parce qu'elle est fondée sur une idée dépassée, qu'il y a une faiblesse morale dans la pauvreté que le système ne peut tolérer sans mettre les gens à l'épreuve. Ce n'est pas autre chose que du baratin victorien. La pauvreté n'est pas, contrairement à ce que quelques universitaires soutiennent, une situation de laquelle on peut se tirer grâce à une vaste gamme d'instruments d'éducation, de soins de santé et de services communautaires qui ont tous une même valeur ou le même effet, ou encore une valeur ou un effet qu'on ne peut mesurer pendant des générations.

Les gens qui sont pauvres en ce moment vont mourir pauvres, ou encore en prison, des suites de la violence conjugale ou plus tôt qu'ils ne le devraient en raison d'une maladie, tandis qu'on élabore des programmes de plus en plus complexes.

La meilleure façon de régler le problème de la pauvreté et de son effet sur la santé, c'est d'amener les gens au-dessus du seuil de la pauvreté. Il est possible de le faire d'une façon simple et directe, pour que les gens jouissent du même accès que le reste de leurs concitoyens sur le plan économique, ainsi que des avantages personnels et relatifs à la santé qui, nous le savons, vont découler du fait qu'ils vivent au-dessus du seuil de la pauvreté.

J'ai pensé faire cette petite intervention non proactive et appeler à un débat quelconque et aux attaques personnelles que celle-ci aurait autrement pu susciter.

M. Lewis : Merci beaucoup. J'imagine que si je disais « Levez la main si vous voulez répondre », nous ferions les examens en groupe, mais soyez à l'aise.

Mesdames et messieurs, je veux simplement vous rappeler que nous voulons terminer la journée par des éléments concrets et des suggestions. Le sénateur Segal a formulé plusieurs suggestions, il a posé un diagnostic. Vous êtes sûrement très heureux d'entendre encore d'autres diagnostics. Vous pouvez contester ce que n'importe lequel des intervenants dit, mais vous devriez conclure votre intervention par « Par conséquent, je propose que nous fassions ceci. » Ce serait très utile puisque cela nous permettrait de commencer à dresser l'inventaire.

Mme Bégin : Je ne veux pas dresser deux éminents et remarquables sénateurs l'un contre l'autre. J'admire leur travail à tous les deux, et je n'ai aucune idée des politiques de leurs comités respectifs. Dans les notes que j'ai distribuées cet après-midi, je n'aborde pas la question du revenu annuel garanti qui fait

committee. When I discovered that months ago, I was very excited.

I must say with humility that I am biased. When I became the Minister of Health and Welfare in 1977, I thought I would be the minister who would implement a guaranteed annual income for Canada. There are many different techniques and I am not an expert on that. I discovered three months later that, because of the recession, I would be lucky if I could save the best of the past, which was not very glamorous.

Politics is the art of the possible. I know that intellectually the ideal is a federal-provincial-territorial, real workable approach to the constellation of social determinants of health. However, I cannot assess at this time in Canadian politics which theme or recommendation will work best. I cannot easily portray a future for the comprehensive approach to life, but it may have an immediate future.

If the federal government with the help of the provinces could adopt the guaranteed annual income concept, I think it would be an extraordinary boost to the social determinants of health. This is because politics is the art of the possible. This is one huge piece of social determinants.

When I did the Child Tax Credit in 1978, I discovered that some social reforms have a capacity to satisfy and appeal to both the right and the left in cabinet, and that worked in favour of the Child Tax Credit. There was no demand; we created it from the remarkable research and planning branch of my then department.

In the same way, I am absolutely sure, not from an evidence base but from knowledge, intuition and experience, that the guaranteed annual income will do that. It offers control. You have elegantly pointed to some right-wing, good aspects of it. It offers control, efficiency, and a choice and respect for individuals, et cetera.

It has an additional extraordinary dimension. I had lunch in the Parliamentary Restaurant with Noel Starblanket, who I believe was then the head of the National Indian Brotherhood. He was pragmatic rather than dogmatic. He decided that, because the income tax form must be used to deliver the Child Tax Credit, which was the first attack against the virginity of the income tax system, of which I had been the minister previously, he agreed. Now Aboriginal mothers file a very simple, one-page income tax form. We all know the historical opposition to the tax system under Aboriginal privilege or social contract. This easily makes them part of it. For me, that addresses the question of the situation of urban Aboriginals as well as those on reserve, et cetera. In case you think I am not in favour of it, I am.

l'objet des travaux du comité du sénateur Segal. Lorsque j'ai découvert que ce comité travaillait là-dessus il y a quelques mois, ça m'a beaucoup intéressée.

Je dois dire humblement que j'ai un parti pris. Lorsque je suis devenue ministre de la Santé et du Bien-être social en 1977, je pensais que j'allais être la ministre qui instaurerait le revenu annuel garanti au Canada. Il y a bon nombre de techniques différentes, je ne suis pas spécialiste de la question. Trois mois plus tard, j'ai découvert que, à cause de la récession, j'aurais besoin de chance pour sauvegarder les meilleurs éléments du passé, qui n'étaient pas très glorieux.

La politique, c'est l'art du possible. Je sais que, du point de vue intellectuel, l'idéal, c'est une approche fédérale-provinciale-territoriale réelle et possible pour ce qui est de la constellation des déterminants sociaux de la santé. Cependant, en ce moment, je ne suis pas en mesure de déterminer quel thème ou quelle recommandation fonctionnerait mieux dans le contexte politique canadien. Je n'arrive pas à imaginer facilement l'avenir de l'approche globale de la vie, mais celle-ci a peut-être un avenir très près.

Si le gouvernement fédéral adoptait, avec l'aide des provinces, l'idée d'un revenu annuel garanti, je pense que ce serait quelque chose qui aiderait beaucoup du côté des déterminants sociaux de la santé. Il en est ainsi parce que la politique, c'est l'art du possible. C'est l'un des éléments importants des déterminants sociaux.

Lorsque j'ai instauré le Crédit d'impôt pour enfants en 1978, j'ai découvert qu'il y a certaines réformes sociales qui peuvent satisfaire et plaire à la fois à la droite et à la gauche au Cabinet et ça a joué en faveur du Crédit d'impôt pour enfants. Il n'y avait pas de demande; nous avons créé ce crédit d'impôt à la Direction générale de la recherche et de la planification du ministère dont je m'occupais à l'époque.

De la même manière, je suis tout à fait convaincue, non pas par des données, mais bien par les connaissances, l'intuition et l'expérience, que le revenu annuel garanti va avoir cet effet. C'est une mesure qui offre une certaine liberté. Vous avez élégamment souligné certains des éléments de droite qui sont de bons éléments de cette mesure. Elle offre une certaine liberté, une certaine efficience et la possibilité de choisir pour le citoyen et un respect à son égard, et cetera.

Cette mesure a une autre dimension extraordinaire. J'ai dîné au restaurant du Parlement avec Noel Starblanket, qui, je crois, était alors chef de la Fraternité des Indiens du Canada. Il a été pragmatique plutôt que dogmatique. Il a décidé que, comme il fallait utiliser le formulaire de déclaration de revenu pour la prestation du Crédit d'impôt pour enfants, qui a été le premier assaut lancé contre un régime fiscal encore vierge, dont j'avais été responsable auparavant à titre de ministre, il était d'accord. Aujourd'hui, les mères autochtones remplissent un formulaire de déclaration de revenu très simple et qui ne fait qu'une page. Nous savons tous qu'il y a eu une opposition, dans le passé, au régime fiscal en vertu des privilèges accordés aux Autochtones du contrat social. Par ce moyen, elles profitent facilement de la mesure. À

My dream is that the two subcommittees somehow form a coalition. I am not in a position to assess the politics of it, for obvious reasons. I have red shoes today.

Senator Segal: I have a brief point of information for Madam Bégin's edification.

The Minister of Human Resources and Social Development, Monte Solberg, has indicated that his department is prepared to put out a working paper on the issue; just a working paper, not a white paper, but a working paper to discuss the pros and the cons. Therefore, I would argue that implies a measure of promise without anything else at this point.

Ms. Bégin: I totally forgot one key issue. Since my years in government — which is a long time ago I realize — things have not changed structurally. A big challenge and object of discussion with the provinces of the guaranteed annual income approach is that it roughly doubles the catchment area because the causes of poverty, like unemployment, disability or this or that, are no longer in question. The cause does not count, which is great, but it multiplies the catchment area because it means all those whom we call the working poor, and that is great.

Armine Yalnizyan, Senior Economist, Canadian Centre for Policy Alternatives: It is a great honour to be here. This is a remarkable group of people and I am daunted by actually weighing in on this topic at all, but I feel that I must.

The presentation that you have provided, Senator Segal, is passionate, succinct, and entirely compelling, and poverty is about not enough income. In fact, the lack of income is about poverty being about not enough everything; not enough education, not enough food, not enough decent housing, not enough places to play, et cetera. We know that poverty is about not enough in a variety of things. It is really important to know that across this country four jurisdictions are dealing with developing comprehensive poverty reduction strategies of which income improvements are only one element.

Three federal parties have poverty reduction strategies on the go. There is a parliamentary committee in the House of Commons that just started meeting last week to talk about what we can do about reducing poverty. Income is but one of a handful of things. There is also housing, access to health care, access to education, and making sure that children are not left behind all over this country. This is an important element that incomes can help address, but you will never be able to supplement incomes to keep up with the soaring housing markets.

mon sens, cela règle la question de la situation des Autochtones qui vivent en milieu urbain ainsi que de ceux qui vivent sur les réserves, et ainsi de suite. Au cas où vous pensez que je suis contre cette mesure, je vous assure que c'est le contraire.

Mon rêve, c'est que les deux sous-comités trouvent le moyen de former une coalition. Je ne suis pas en position d'évaluer l'aspect politique de la chose, pour des raisons évidentes. Je porte des chaussures rouges aujourd'hui.

Le sénateur Segal : Je veux communiquer rapidement un renseignement à Mme Bégin pour son édification.

Le ministre des Ressources humaines et du Développement social, Monte Solberg, a déclaré que son ministère est prêt à publier un document de travail sur la question — un document de travail seulement, pas un livre blanc —, mais un document de travail dans lequel on pèse le pour et le contre. Je dirais donc que ça offre une certaine part de promesses, vu qu'il n'y a rien d'autre à ce moment-ci.

Mme Bégin : J'ai complètement oublié une chose importante. Depuis mon passage au gouvernement — ça fait longtemps, je m'en rends compte —, les choses n'ont pas changé sur le plan structurel. Un gros problème qui fait l'objet des discussions avec les provinces au sujet du revenu annuel garanti, c'est que cette mesure fait grosso modo doubler la taille du groupe visé, puisque les causes de la pauvreté, comme le chômage, les handicaps ou telle ou telle autre chose, ne sont plus en question. Les causes ne comptent plus, ce qui est une bonne chose, mais cela a pour effet de multiplier le nombre de personnes visées, puisque ce sont toutes les personnes que nous appelons les travailleurs pauvres, et c'est une très bonne chose.

Armine Yalnizyan, économiste principale, Centre canadien de politiques alternatives : C'est un grand honneur pour moi d'être ici. Vous formez un groupe de gens remarquables, et j'ai un peu peur de vous dire ce que je pense de tout cela, mais je pense que je dois le faire.

Sénateur Segal, votre exposé était passionné, succinct et tout à fait convaincant, et la pauvreté, c'est une question d'insuffisance du revenu. En fait, l'absence de revenu, c'est le fait que la pauvreté, c'est le manque de tout : le manque d'éducation, le manque de nourriture, le manque de logements décents, le manque d'endroits où jouer, etcetera. Nous savons que la pauvreté, c'est l'insuffisance de toutes sortes de choses. Il est très important de savoir que, au pays, il y a quatre gouvernements qui travaillent à l'élaboration de stratégies globales de réduction de la pauvreté dont l'accroissement du revenu n'est qu'un élément.

Trois partis fédéraux sont en train de définir des stratégies de réduction de la pauvreté. Il y a un comité parlementaire de la Chambre des communes qui a commencé à tenir des réunions tout juste la semaine dernière pour parler de ce que nous pouvons faire pour réduire la pauvreté. Le revenu n'est qu'un des éléments d'une poignée de facteurs. Il y a aussi le logement, l'accès aux soins de santé, l'accès à l'éducation et le fait de s'assurer que les enfants ne sont pas laissés pour compte dans l'ensemble du pays. Il s'agit d'un élément important, et l'accroissement du revenu peut

You can get money in one pocket and it will come right back out the other side in terms of the increased costs that are being driven for many people, and it is not just about the extreme poor. It is urgent that we act on what is happening to extreme poverty. More and more people are being sucked up in this squeeze play where incomes are stagnant and the costs of the basics are soaring.

As you have pointed out in your speech, this is something we must consider for the next generation, for the newcomers in our midst. There are some serious issues we are dealing with that will accelerate health disparities, not least of which is an increasing demand for two-tier health care, which puts access to primary health care out of the reach of many people.

As an economist, I want to also address your comment that governments cannot do everything, they certainly cannot do everything well, and that there is an issue of scarce resources. How do we actually allocate the money we have available?

Mention has been made that guaranteed annual income is an idea that has reappeared on our public policy firmament, as Madam Bégin has pointed out, many times in the last few decades. Not for the last 15 years or so, but Doug House, from the Government of Newfoundland, was the last iteration of this in 1993 where the guaranteed annual income at that point would be roughly $3,000 per adult and $1,500 per child.

Previous to that was the McDonald commission in 1986, which was roughly of the same order, that is a guarantee of poverty. If you are going to spend all your money in that direction it would be difficult to then — and the Macdonald commission indicated — be able to do this. You would have to roll up every other form of income support, which is highly problematic, as you can imagine, from a public policy revolution point of view. You would not be able to address the fundamental issues like housing, health care, education, how we welcome immigrants on whom we are going to be entirely dependent in the next generation.

The Caledon Institute of Social Policy has suggested one way of reducing poverty amongst families raising children is to enhance the Child Tax Benefit. That benefit was introduced in the 1970s and wholly enlarged in 1993. The cost of that single measure would be $4 billion a year, which is a pretty hefty price tag, and that is only for families with young children. Therefore, I do not know what we would do about the rest of society where, for example, the highest rates of poverty is amongst single men, living by themselves, between the ages of 45 and 64. What does it mean to eliminate poverty and what is the price tag if we are only going to do it through the income lens?

contribuer à régler le problème, mais vous ne serez jamais en mesure d'accroître suffisamment le revenu pour suivre le rythme de la croissance des marchés immobiliers.

L'argent qu'on donne aux gens d'un côté ressort de leur poche de l'autre à cause de l'accroissement des coûts qu'ils doivent assumer, et je ne parle pas que des gens qui vivent dans une pauvreté extrême. Il est urgent que nous fassions quelque chose par rapport à la pauvreté extrême. De plus en plus de gens sont coincés par la stagnation du revenu et l'augmentation en flèche du coût des nécessités.

Comme vous l'avez souligné dans votre exposé, c'est quelque chose que nous devons envisager pour la prochaine génération, pour les nouveaux arrivants qui se trouvent parmi nous. Nous sommes confrontés à des problèmes graves qui vont avoir pour effet d'accroître les disparités en matière de santé, dont le moindre n'est pas les pressions de plus en plus fortes en faveur d'un système de soins de santé à deux vitesses, qui rendra les soins de santé primaires hors de portée de beaucoup de gens.

De mon point de vue d'économiste, je veux parler de ce que vous avez dit au sujet du fait que les gouvernements ne peuvent tout faire, et qu'ils ne peuvent certainement pas tout faire bien, ainsi que du problème de la rareté des ressources. Comme devons-nous répartir l'argent que nous avons?

On a mentionné que le revenu annuel garanti est une idée qui est réapparue dans le firmament de nos politiques publiques, comme Mme Bégin l'a souligné, à de nombreuses reprises au cours des dernières décennies. On n'en a pas parlé depuis 15 ans à peu près, mais Doug House, du gouvernement de Terre-Neuve, a été le dernier à en parler en 1993, et le revenu annuel garanti aurait été à l'époque d'environ 3 000 $ par adulte et de 1 500 $ par enfant.

Avant cela, il y avait eu la commission MacDonald en 1986, et les chiffres étaient à peu près du même ordre, c'est-à-dire qu'ils constituaient une garantie de pauvreté. Si l'on décide de consacrer tout l'argent à cela, il devient difficile — et les travaux de la commission MacDonald l'ont montré — de faire cela. Il faudrait utiliser l'argent consacré à toutes les autres mesures de soutien du revenu, ce qui est très problématique, comme vous pouvez l'imaginer, du point de vue d'une révolution des politiques publiques. On ne serait alors plus en mesure de s'occuper de problèmes fondamentaux comme ceux du logement, des soins de santé, de l'éducation, de l'accueil des immigrants sur lesquels nous allons devoir entièrement compter pour la prochaine génération.

Selon le Caledon Institute of Social Policy, un moyen de réduire la pauvreté des familles avec enfants serait de majorer le Crédit d'impôt pour enfants. Ce crédit a été instauré dans les années 70 et augmenté substantiellement en 1993. Le coût de cette seule mesure serait de quatre milliards de dollars par année, ce qui est une facture assez salée, ceci pour les familles avec de jeunes enfants seulement. Par conséquent, je ne sais pas ce que nous ferions pour le reste de la société, vu que, par exemple, le taux de pauvreté le plus élevé est celui des hommes qui vivent seuls et qui ont entre 45 et 64 ans. Qu'est-ce que l'élimination de la pauvreté suppose, et quel sera le prix à payer si nous ne tentons de l'éliminer qu'en passant par le revenu?

The title of this session is Reorienting Government Policy and, indeed, there seems to be something blowing through the land that is starting that process. You have two senators from two other Senate committees, one on rural poverty, one on urban poverty sitting at this table. We are kind of rowing in the same direction. The federal government has actually put in its budget that this is the year that the government will adopt an action plan for women. Around the world that means reducing the vulnerabilities of women and often addressing the feminization of poverty.

Indeed, there is a momentum that is building, and one of the things that will have to come into play is how we are spending our scarce resources. To provide a thumbnail sketch, in the last decade, between 1997 and projecting to 2013, our federal government has allocated $340 billion of our resources to reduce taxes. The OECD indicated about six weeks ago that that tax cut program has redistributed incomes towards those already most affluent.

Yes, there have been government priorities, and yes there have been scarce resources, and they have been directed in a particularly strong direction in the last little while. I do not think we can afford to simply say income is the only solution to poverty. We know that is not true and we know it will be like the tail wagging the dog if we put all of our eggs in that basket.

With due respect, I would urge us to consider the huge political momentum that is building across this country to address poverty in a comprehensive manner and that indeed would address the determinants of health.

Mr. Lewis: Of the four provincial initiatives, would you describe any of them as a model or a beacon to take more seriously than the others?

Ms. Yalnizyan: The one in Quebec is already underway. The one in Newfoundland is in the development process. The one in Ontario is an inter-ministerial initiative, which acknowledges that the root causes of poverty are happening in the labour market, incomes, housing and education. In each one of these jurisdictions, there is not a bullet measure. It is taking a look at the comprehensive nature of it, which we have not done since the 1960s.

Debra Lynkowski, Chief Executive Officer, Canadian Public Health Association: I would be hard-pressed to argue in terms of the importance of poverty, but I do want to address some of the issues and options we have in the paper.

I have been involved in a lot of different tables over the years where we have talked about inter-sectoral collaboration. One of the things that has always been impressed upon me is that we often talk about it but we are talking about it to ourselves. There

Le thème de la séance, c'est la réorientation des politiques gouvernementales, et, en effet, il semble qu'un vent souffle sur le pays et que c'est ce qui est à l'origine du processus. Il y a ici deux sénateurs membres de deux autres comités sénatoriaux, l'un sur la pauvreté en milieu rural, l'autre sur la pauvreté en milieu urbain. Nous allons en quelque sorte dans la même direction. Le gouvernement fédéral a prévu dans son budget que c'est pendant l'année courante qu'il va adopter un plan d'action axé sur les femmes. Un peu partout dans le monde, cela veut dire prendre des mesures pour rendre les femmes moins vulnérables, et, dans bien des cas, régler le problème de la féminisation de la pauvreté.

Il y a bel et bien un mouvement qui s'amorce, et l'une des choses qui devra entrer en jeu, c'est la façon dont nous allons dépenser nos ressources limitées. Pour faire un croquis de la situation, au cours des 10 dernières années, depuis 1997 et en faisant une projection jusqu'à 2013, le gouvernement fédéral aura dépensé 340 milliards de dollars à la réduction des impôts. L'OCDE a indiqué il y a environ six semaines que ce programme de réduction des impôts a eu pour effet de redistribuer les revenus au profit surtout des gens qui étaient déjà les plus riches.

Oui, le gouvernement s'est donné des priorités, et oui, des ressources ont été limitées, et elles ont été investies en fonction d'une orientation particulièrement forte au cours des dernières années. Je ne pense pas que nous pouvons nous permettre de simplement dire que la seule solution au problème de la pauvreté, c'est le revenu. Nous savons que ce n'est pas vrai et nous savons également que ce serait comme privilégier cette question au détriment du reste si nous mettions tous nos œufs dans le même panier.

Avec tout le respect que je vous dois, je vous demanderais de profiter du grand mouvement qui s'amorce dans le milieu politique du pays pour régler complètement le problème de la pauvreté, ce qui permettrait de régler aussi le problème des déterminants de la santé.

M. Lewis : Des quatre initiatives provinciales, selon vous, y en a-t-il une qui peut servir de modèle ou de guide et qui est à prendre plus au sérieux que les autres?

Mme Yalnizyan : L'initiative québécoise est déjà en cours. Celle de Terre-Neuve en est à l'étape de l'élaboration. Celle de l'Ontario est une initiative interministérielle, qui tient compte du fait que les véritables causes de la pauvreté sont liées au marché du travail, au revenu, au logement et à l'éducation. Il n'y a pas de solution miracle dans aucune de ces provinces. Il s'agit d'examiner globalement un problème de nature complexe, ce que nous n'avons pas fait depuis les années 60.

Debra Lynkowski, directrice générale, Association canadienne de santé publique : J'aurais du mal à contester le fait que la pauvreté est un élément important, mais je veux parler de certains des problèmes et de certaines des options qui figurent dans le document.

J'ai participé au fil des ans à de nombreuses tables rondes dans le cadre desquelles nous avons parlé de la collaboration intersectorielle. L'une des impressions qui me restent toujours de ce genre de chose, c'est que nous en parlons, mais entre nous.

are usually a number of health people around the table. We are dealing here with a really complex systems change. We have to find a new kind of leadership model.

In my brief experience in government, there was not a formal mechanism as such for integrated policy development where we could actually look at some decision making. There was a lot of good will with many departments coming together, but we still tend to use this language that to me is a barrier.

We say how will we influence transportation, how will we engage them, how can we ensure compliance, as opposed to saying how will we get them to lead jointly with us. That does go back to some really sound change management principles in terms of articulating what is in it for them; not only from the health perspective but in terms of what is in it for them within their own departments and within their own spheres.

I notice that we are talking about perhaps the need for a federal framework or a federal strategy. I have been involved with a few of those. For this to be successful, it has to be considered a strategy of strategies. Senator Keon, that goes back to your point that somewhere between here and there is how it will succeed. The leadership has to come not only from the federal government — and I believe the federal government has a key role — but it has to come from the bottom as well. That is the only way this is going to work. Some of that cannot be prescribed. Some of that is very organic. You either have champions rising from local and community initiatives or you do not.

I have a bit of a plea. Traditionally population health has been seen as a public health system kind of initiative. I think that public health deals with population health, and yet traditionally public health and the public health system has been chronically underfunded. We know there are health human resources issues. We are lucky now to have the Public Health Agency of Canada and our CPHO, but if we are going to really re-orient government policy we also need to make sure that the infrastructure is there to actually support the implementation of that policy. That does mean sustained investment, not for a three- to four-year period but for a much longer period where we can actually ensure that happens.

Ms. Potvin: I have two or three ideas. First, I think this is an idea that should be pursued. There were studies and experiments completed with negative income tax. There is a wealth of knowledge about it, and it accomplishes some of the goods that

Habituellement, il y a plusieurs personnes du milieu de la santé autour de la table. Nous sommes en train de parler d'une modification très complexe des systèmes. Nous devons essayer de mettre au point une nouvelle espèce de modèle de leadership.

Au cours de mon bref passage, au gouvernement, j'ai constaté qu'il n'y avait pas de mécanisme officiel du genre pour l'élaboration de politiques intégrées qui nous auraient vraiment permis d'envisager certains processus décisionnels. Les représentants de nombreux ministères faisaient preuve de bonne volonté en se réunissant, mais le fait que nous avons encore tendance à utiliser ce vocabulaire est un obstacle à mes yeux.

Nous nous demandons comment faire pour influencer les transports, comment faire pour amener les gens à participer, comment faire pour assurer la conformité, plutôt que de nous demander comment faire pour que les gens dirigent les initiatives en collaboration avec nous. Ça nous renvoie à de réels changements salutaires au chapitre des principes de gestion, pour formuler explicitement ce qui est intéressant pour ces gens là-dedans, non seulement du point de vue de la santé, mais également ce qui est intéressant pour eux là-dedans au sein de leurs propres ministères et dans leurs propres milieux.

Je remarque que nous parlons du besoin éventuel d'établir un cadre fédéral ou une stratégie fédérale. J'ai participé à l'élaboration de ce genre de choses à quelques reprises. Pour que ça fonctionne, il faut que ce soit considéré comme étant une stratégie de stratégies. Sénateur Keon, ça revient à ce que vous disiez, c'est-à-dire que le succès se trouve quelque part au milieu. Il n'y a pas que le gouvernement fédéral qui doit faire preuve de leadership — et je suis d'avis que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer —, mais que le leadership doit venir du bas aussi. C'est ainsi que les choses vont fonctionner, et pas autrement. C'est quelque chose qu'on ne peut pas exiger en partie. C'est en partie très organique. Soit les gens lancent des initiatives à l'échelle locale et communautaire, soit personne ne le fait.

J'ai une espèce de plaidoyer à faire. Dans le passé, on a vu les initiatives en santé des populations comme les initiatives liées au système de santé publique. Je pense que la santé publique englobe la santé des populations, pourtant, la santé publique et le système de santé publique ont toujours été sous-financés. Nous savons qu'il y a des problèmes de ressources humaines en santé. Nous avons la chance maintenant d'avoir l'Agence de la santé publique du Canada et l'ACSP, mais si nous voulons vraiment réorienter les politiques gouvernementales, nous devons aussi nous assurer que l'infrastructure nécessaire à l'application de ces politiques existe. Cela suppose des investissements constants, non pas sur des périodes de trois ou quatre ans, mais sur des périodes beaucoup plus longues, pour nous assurer d'obtenir les résultats voulus.

Mme Potvin : J'ai deux ou trois idées. D'abord, voici une idée que nous devrions appliquer selon moi. On a effectué des études et des expériences sur l'impôt négatif sur le revenu. Nous possédons de vastes connaissances à ce sujet, et cette mesure donne des

it delivers on those aspects. It is important that it could be a flagship type of program, but that should not be the only thing to happen.

One of the things that you did not mention and that our studies in Montreal have shown using the Quebec birth cohort is that poverty is not something you are in or out of. You are in and out. The various trajectories into poverty throughout early childhood are what our data is showing. Early in and out of poverty is what is detrimental towards children's development. In my opinion, the most interesting outcome of such a measure is to eliminate this transience. That is one of the good outcomes.

Less interestingly, however, and from a population health perspective — and Sir Michael has been quoted here — it is also the gradient. Such a measure does not do any good to the gradient, or does marginally well by addressing the needs of those at the bottom.

Of course it has some effect, technically, upon the steepness of the gradient, but one of the reasons why Canada was doing poorly in that international comparison is because our gradient is steep. It is much steeper than the gradient in the Nordic countries, for example. Therefore, such a measure does not do much; it only has a very marginal effect on the gradient. One should be aware of that.

This is what I would call a vulnerable approach. You tackle one dimension of vulnerability, and poverty is a dimension of vulnerability. Being a woman is also a dimension of vulnerability and being an Aboriginal in Canada is a dimension of vulnerability, but I do not think poverty is the mother of all vulnerabilities. It is certainly a very important dimension, but we will not solve the problem of population health in doing that. It is certainly one important piece to the puzzle, especially to the extent that it would address health issues in young children during development.

Mr. Lewis: Senator Segal is proposing something analogous to cutting the tail off waiting lists. You want to cut the most disadvantaged tail off the population. If you eliminate poverty, in and out is not logically an issue anymore. You are never in it.

When you come to a prescription, there is a gradient, and nobody anywhere in the world has figured out how to get the middle class as healthy as the upper middle class and, frankly, nobody cares much because it is not steep up there. It is shallow.

Are you saying implicitly that you worry about this approach, or that this approach explains 20 per cent or 30 per cent of it?

Ms. Potvin: I would say that it is an interesting approach. It is the first building block, but it will not accomplish everything that we want to accomplish, which is to pull Canada up towards the

résultats positifs à certains égards. Une chose importante, c'est que ce programme pourrait être la figure de proue, mais il faudrait que ce ne soit pas la seule mesure prise.

L'une des choses que vous n'avez pas mentionnées et que les études que nous avons effectuées à Montréal ont montrées, à partir de la cohorte des naissances du Québec, c'est que la pauvreté n'est pas quelque chose qui affecte temporairement les gens. Les gens sont pauvres pendant certaines périodes. Ce que nos données montrent, ce sont les différentes trajectoires vers la pauvreté pendant la petite enfance. Ce sont ces épisodes de pauvreté pendant la petite enfance qui nuisent au développement des enfants. À mon sens, le résultat le plus positif de ce genre de mesure, c'est qu'elle permet d'éliminer ce retour périodique de la pauvreté. C'est l'un des effets positifs.

Ce qui est moins positif, cependant, et du point de la santé des populations — et sir Michael a été cité ici — c'est qu'il s'agit également d'un gradient. Ce genre de mesure ne fait rien de bon en ce qui concerne le gradient et n'a qu'un effet positif limité en répondant aux besoins des gens qui se situent au niveau inférieur.

Bien sûr, la mesure a un certain effet, techniquement, sur la pente du gradient, mais l'une des raisons pour lesquelles le Canada se classe si mal pas rapport aux autres pays, c'est que notre gradient a une forte pente. Elle est beaucoup plus forte que celle du gradient des pays scandinaves, par exemple. Ainsi, ce genre de mesure ne fait pas grand-chose; elle n'a qu'un effet très limité sur le gradient. Il faut en être conscient.

C'est ce que j'appellerais une approche vulnérable. On s'attaque à l'une des dimensions de la vulnérabilité, et la pauvreté en est une. Le fait d'être une femme rend également vulnérable, et le fait d'être autochtone au Canada aussi, mais je ne pense pas que la pauvreté soit à l'origine de toutes les vulnérabilités. C'est certainement un aspect important, mais nous n'allons pas régler le problème de la santé des populations en faisant cela. C'est certainement un élément important de la solution, surtout dans la mesure où cela permettrait de régler les problèmes de santé chez les jeunes enfants pendant leur développement.

M. Lewis : Le sénateur Segal propose quelque chose qui ressemble à la suppression du bas des listes d'attente. Vous voulez régler le problème de la partie de la population qui est la plus désavantagée. Si on élimine la pauvreté, logiquement, le problème du retour ponctuel de la pauvreté n'en est plus un. Les gens ne seront plus jamais pauvres.

Lorsqu'on en vient à prescrire des mesures, il y a un gradient, et personne dans le monde n'a trouvé le moyen de faire en sorte que la classe moyenne soit aussi en santé que la classe moyenne supérieure, et, franchement, personne ne s'en soucie parce que la pente du gradient n'est plus élevée rendu là. Elle est faible.

Sous-entendez-vous que cette approche vous préoccupe, ou qu'elle n'explique que 20 ou 30 p. 100 du problème?

Mme Potvin : Je dirais que c'est une approche intéressante. C'est la première pierre à poser, mais ça ne va pas permettre d'accomplir tout ce que nous voulons accomplir, c'est-à-dire de

healthiest or the one of the healthier nations in this world. I am convinced that it will help some, but what is happening? We have interesting data about what is happening at the poverty line.

We do not know much about what is happening with those who are in and out. We do not know very much about how their circumstances affect their lives. If you make up your mind that you will not have breakfast most days of your life, it has a different outcome than if suddenly you cannot have breakfast for three months because you are too poor and then you can have breakfast for three months because you can afford it.

We do not know much about what is happening there. We do not have many studies, which take huge numbers. In Canada, we do not have a panel cohort that we can follow through time. My advice is that we should go for it but not expect to accomplish everything with it.

Mr. Lewis: Would anything do better? I am not trying to put words in your mouth, but I think Senator Segal is saying that we cannot solve the whole gradient; the biggest problem is poverty. Therefore, the best thing we can do is to solve that problem. Are you saying it is not the best thing we can do?

Mr. Tholl: I am not an expert on poverty, but what I observe is that if you want to draw an analogy between health care and health, as we pick up on Mr. Lewis's point, when it comes down to managing wait times, you have a concept of relative medical necessity that ought to drive who gets access to what first. I observe that there does not seem to be a discussion occurring here about relative poverty versus absolute poverty and what happens if you move everyone up.

My point is with respect to what I detected from Senator Segal's passionate and persuasive argument. I detected a need to focus on a few things and try to get something done in a few key areas. I go back to your comments before the break about the children and commend to the committee that we ought not to allow Dr. K. Kellie Leitch's report to gather dust when it comes to issues around early childhood development, child and youth. We should listen to her recommendation for establishing a senior officer in the ministry of health or straddling health and what used to be welfare.

That might also be an interesting thing to consider. Why did we separate health and welfare if we are interested in progressing health determinants? As a historical point, we separated Health and Welfare on exactly the same day as we brought together all health and welfare transfers under the Canada Social Transfer. I am sure that was coincidental. I do commend to the Senate

faire du Canada le pays le plus en santé du monde ou l'un des pays les plus en santé du monde. Je suis convaincue que cette mesure va aider des gens, mais que se passe-t-il? Nous disposons de données intéressantes sur ce qui se passe par rapport au seuil de la pauvreté.

Nous ne savons pas beaucoup de choses au sujet des gens qui vivent des épisodes de pauvreté. Nous ne savons pas grand-chose des facteurs qui ont un effet sur leur vie. Si vous vous résignez au fait que vous ne déjeunerez pas presque tous les matins de votre vie, l'effet est différent de celui qui se fait sentir si, tout à coup, vous ne pouvez pas déjeuner pendant trois mois parce que vous êtes trop pauvre, pour ensuite pouvoir déjeuner pendant trois mois parce que vous pouvez vous le permettre.

Nous ne savons pas grand-chose sur ce qui se passe dans ces cas-là. Nous n'avons pas effectué beaucoup d'études, parce que ces études exigent beaucoup de données. Au Canada, il n'y a pas de cohorte témoin dont nous puissions suivre l'évolution. Ce que je propose, c'est que nous adoptions la mesure, mais sans s'attendre à ce qu'elle permette de tout faire.

M. Lewis : Y aurait-il quelque chose d'autre qui serait mieux? Je ne veux pas vous souffler la réponse, mais je pense que le sénateur Segal dit que nous ne pouvons pas régler le problème du gradient au complet, mais que le plus gros problème, c'est la pauvreté. Ainsi, ce que nous pouvons faire de mieux, c'est de régler ce problème. Est-ce que vous dites que ce n'est pas la meilleure chose à faire?

M. Tholl : Je ne suis pas spécialiste de la question de la pauvreté, mais ce que j'observe, c'est que si vous voulez comparer les soins de santé et la santé, pour reprendre ce que M. Lewis disait, lorsqu'il s'agit de gérer les temps d'attente, il y a une idée de l'urgence relative sur le plan médical qui doit déterminer qui accède à quoi en premier. J'observe qu'on ne semble pas parler ici d'une pauvreté relative par rapport à une pauvreté absolue et de ce qui se produit si on accroît le revenu de tous.

Ce que je veux dire a trait à ce que j'ai vu dans le discours passionné et convaincant du sénateur Segal. J'y ai vu la nécessité de se concentrer sur quelques éléments et d'essayer d'accomplir quelque chose dans quelques domaines importants. Je reviens sur ce que vous avez dit avant la pause au sujet des enfants, et j'affirme au comité que nous ne devons pas laisser le rapport de la Dre K. Kellie Leitch sur les enjeux touchant le développement du jeune enfant, les enfants et les jeunes ramasser la poussière. Nous devons écouter ses recommandations pour la création du poste d'administrateur en chef au ministère de la Santé ou à l'organisation s'occupant à la fois de la santé et de ce qui était autrefois le bien-être social.

Ce pourrait être une autre chose intéressante à considérer. Pourquoi avons-nous séparé la santé et le bien-être social si notre but est de faire progresser les choses du côté des déterminants de la santé? Petite précision historique : nous avons séparé la santé et le bien-être social le même jour que nous avons réuni les transferts relatifs à ces deux domaines sous le titre du Transfert social

committee the Kellie Leitch report in all its parts but, in particular, as it relates to this office for child and youth.

If the Senate committee manages to focus on a few discrete things, the strategy needs to be a combination of two things: A push strategy, which includes all the normal advocacy stuff. I am reminded, Ms. Bégin, when we were back at Health and Welfare Canada in the late 1970s and early 1980s when you and others created the political need to move our health care system forward with an SOS medicare conference in the fall of 1979. Where is that burning platform, that gathering place where people will focus on the few things that can be done in the lifetime of people around the table?

On the pull side is the enabling part. What can you do to help parents? I am struck by Ms. Browne's comment about the effects of early addictive behaviour on the health of young children. What can you do to help those families in tangible ways? One without the other, as someone recently told me, is like basketball and being able to dribble with only one hand. You need to be able to dribble with both hands. In the Canadian context, you have to be able to stick handle and shoot the puck both ways. My point is that pull and push forces will be required.

Mr. Cappe: It is true that poverty is about not enough income, but the solution to poverty is about more than just more income. I think that we do need to look at this more broadly, as Ms. Yalnizyan and Ms. Potvin were saying.

With that said, I think that this is a noble effort and should be pursued. In particular, I want to underscore two of the arguments that I think are most trenchant that will bring political support to the public but also federally and provincially. That is the cost of inaction. I do not think we spend enough time, and Senator Segal did refer to this, looking at the costs of not doing it. We know what the costs of doing it are, at least it is relatively easy to identify. However, the costs of inaction are very difficult.

The second argument that is important is the intergenerational argument, that we need to break the back of this for the purpose of the children of poor families so that they are not destined to bad health and bad economic outcomes and more poverty.

It is interesting that Ms. Manson Singer, Ms. Yeates and I spent endless hours in federal-provincial meetings and endless telephone calls working on the National Child Benefit. It was very

canadien. Je suis sûr que c'était une coïncidence. Je recommande aux membres du comité sénatorial de lire le rapport de Kellie Leitch au complet, mais surtout les parties qui ont trait à cette fonction relative aux enfants et aux jeunes.

Si le comité sénatorial réussit à retenir quelques questions distinctes, il faut que la stratégie combine deux éléments : une stratégie de pression, qui comprend tout ce qui entre normalement dans la défense d'une cause. Cela me rappelle, madame Bégin, l'époque où j'étais à Santé et Bien-être social Canada, à la fin des années 70, et au début des années 80. À ce moment-là, vous et d'autres avez suscité le mouvement politique démontrant la nécessité de faire progresser notre système de santé au moyen d'une conférence SOS Medicare, tenue à l'automne 1979. Où est le besoin urgent, qui va mobiliser les gens et les pousser à s'atteler aux quelques tâches qu'il est possible de réaliser au cours de la vie des gens qui se trouvent autour de la table?

Il y a aussi la stratégie d'aspiration, qui consiste à donner les moyens d'agir. Que faire pour aider les parents? Je suis frappé par les propos de Mme Browne au sujet des effets sur la santé des jeunes enfants d'un comportement dépendant précoce. Quelles mesures concrètes adopter pour aider les familles touchées? Comme quelqu'un me l'a dit récemment, avoir un sans l'autre, c'est comme jouer au basket-ball en ne pouvant dribbler que d'une main. Il faut pouvoir dribbler des deux mains. Dans le contexte canadien, il faut pouvoir manier la rondelle et déployer un jeu offensif aussi bien qu'un jeu défensif. Là où je veux en venir, c'est qu'il faut la stratégie de pression et la stratégie d'aspiration, toutes deux.

M. Cappe : Il est vrai qu'être pauvre, c'est ne pas avoir un revenu suffisant, mais la solution au problème de la pauvreté ne se résume pas à la seule question du revenu. Je crois qu'il nous faut adopter une perspective plus vaste, comme Mmes Yalnizyan et Potvin l'ont affirmé.

Cela dit, je crois que ce sont là de nobles efforts qu'il faut poursuivre. En particulier, je tiens à souligner deux des arguments qui me paraissent être les plus convaincants et qui susciteront l'appui politique à la cause non seulement chez les membres du grand public, mais aussi au gouvernement fédéral et dans les provinces. Je parle du coût de l'inaction. Nous ne passons pas suffisamment de temps — et le sénateur Segal y a fait allusion — à déterminer ce qu'il en coûte de ne pas appliquer cette solution. Nous savons ce qu'il en coûte de l'appliquer, tout au moins c'est une tâche qui est relativement facile. Cependant, il est très difficile d'établir les coûts de l'inaction.

Le deuxième argument qui importe est l'argument intergénérationnel, soit qu'il nous faut enrayer le problème pour les enfants des familles pauvres, de sorte qu'ils ne soient pas destinés à avoir une mauvaise santé, une mauvaise situation économique, et à être pauvres encore.

Il est intéressant de noter que Mme Manson Singer, Mme Yeates et moi-même, nous avons passé d'innombrables heures à des réunions-fédérales-provinciales et fait

painful. It was a no-brainer, but the mechanisms of delivery were very complicated.

I remember having to deal with the Deputy Minister of Finance of the day, who is also in the room, trying to resolve some of the technical implementation issues that were bloody tough. We have two former deputy ministers of finance in the room. Do not underestimate the implementation mechanisms and how complicated they are. The incentive effects, the tax-back rates and all the stuff that goes into how you actually structure it are bloody tough.

I come to a very important initiative, absolutely essential and worth doing, which is to take the long-run view. Here I will fall into Senator Segal's trap of proving my background with, what was it, the hymns of further study and the religion of inertia for bureaucrats or something like that? I think what is required is much more analysis of the technique and the how-to.

I want to pick up on Mr. Butler-Jones's point from earlier. This is ripe for experimentation. There is a real opportunity here to see how people respond and whether you can — again, over the long run — bring the next generation out of poverty.

Here is one of those examples where I do not have the evidence to prove the policy, but my intuition is that this is worth doing, and if you get the incentives right, it could be very successful.

Dr. Reading: I just want to begin by talking about global health and how the elimination of extreme poverty has emerged as one of the most important Millennium Development Goals. It is consistent with the thinking.

In his book about the elimination of poverty, Jeffrey Sachs, who is a well-known economist who focuses his efforts on global health, talks about sustainable economic development, which is connected to what I alluded to earlier. He refers to natural resources as part of assets, and I am specifically thinking about First Nations and Northern communities here. When those assets are extracted, they basically remove wealth from a region.

Often in that process there are environmental contaminants that are left behind. That has impacts on future development of regional resources, but it also impacts on traditional lifestyles. We cannot forget that Canada was built on a fur trade. The Hudson's Bay Company and the Northwest Company were the first to trade in this country and built the wealth of this nation state. People still derive part of their nutrition and their foods from traditional foods up in the North. When economic development is undertaken and it reduces that ability through environmental contaminants, it becomes a problem. This is not an abstract concept. It has been proven by Eric Dewailly at Laval University, and other places, as part of the Arctic Environmental Strategy that environmental contaminants are showing up in the breast

d'innombrables appels téléphoniques au moment où nous travaillions à la prestation nationale pour enfants. C'était très douloureux. La solution était d'une parfaite évidence, mais les mécanismes d'exécution étaient très compliqués.

Je me souviens d'avoir eu à traiter avec le sous-ministre des Finances de l'époque, qui était présent aussi, pour essayer de régler certains problèmes techniques extraordinairement ardus liés à la mise en œuvre. Il y a deux ex-sous-ministres des Finances qui sont présents ici. N'allez pas sous-estimer les mécanismes de mise en œuvre, leur complexité. Les effets incitatifs, les taux de récupération fiscale et tout ce qui entre par ailleurs dans la structure, de la chose, voilà qui est extraordinairement ardu.

J'en viens à une question très importante, qui est absolument essentielle et méritoire, soit qu'il faut adopter un point de vue à long terme. Je vais donc tomber dans le piège tendu par le sénateur Segal et je démontrerai l'expérience que j'ai du phénomène — comment a-t-il dit cela? — Les hymnes récités en faveur d'autres études encore et la religion de l'inertie du côté des bureaucrates, ou quelque chose du genre? Ce qu'il faut à mon avis, c'est d'analyser beaucoup plus à fond la technique et la façon de procéder.

Je veux donner suite à ce que M. Butler-Jones a dit tout à l'heure. La situation se prête parfaitement à l'expérimentation. Il y a une véritable occasion de voir comment les gens réagissent et de déterminer si on peut — encore une fois, c'est à long terme — sortir la prochaine génération du piège de la pauvreté.

Voici l'exemple d'un cas où je ne dispose pas d'élément de preuve pour étayer la politique, mais mon intuition me dit que le jeu en vaut la chandelle et, dans la mesure où vous choisissez les bons incitatifs, le projet pourrait être très fructueux.

Dr Reading : Je veux commencer simplement en parlant de la santé dans le monde et de la façon dont l'élimination de l'extrême pauvreté est devenue un des plus importants objectifs du millénaire. Cela concorde avec la pensée qui a été exprimée.

Dans le livre qu'il a écrit sur l'élimination de la pauvreté, Jeffrey Sachs, économiste bien connu qui centre ses efforts sur la santé dans le monde, a parlé d'un développement économique durable, lié à ce dont je parlais plus tôt. Il fait figurer les ressources naturelles parmi les actifs, et je pense en particulier ici aux collectivités des Premières nations et du Nord. Lorsque ces actifs sont retirés, cela a pour effet essentiellement d'éliminer la richesse d'une région.

Souvent, le procédé laisse derrière lui des contaminants environnementaux. Cela a une incidence sur la mise en œuvre future des ressources régionales, mais aussi sur les modes de vie traditionnels. Nous ne pouvons oublier que le Canada s'est bâti grâce à la traite des fourrures. La Compagnie de la baie d'Hudson et la Compagnie du Nord-Ouest sont les premières à s'être adonnées au commerce dans notre pays, dont elles ont édifié la richesse. Encore aujourd'hui, les gens tirent une partie de leurs nutriments et de leurs aliments des sources traditionnelles dans le Nord. Lorsqu'il y a développement économique et que le développement en question réduit cette possibilité du fait des contaminants dans l'environnement, c'est un problème. Ce n'est pas une notion abstraite. À preuve les travaux d'Éric Dewailly à

milk of Nunavut women who breast-feed. That, in turn, results in going to food that is bought in stores which does not have the nutrients that would be contained in traditional foods.

This boils down to assets being reduced. It is important to recognize that, in a model of sustainable economic development, there needs to be an opportunity for Aboriginal people to be players as working with industry and working with the private sector interests to be managing renewable resources. They have a vested interest in the long-term sustainability of those resources. Eliminating poverty as a goal is laudable and extremely important. However, it is not a panacea. It has to be connected to parallel investments in community development.

The final point is that an economic system goes around the borders of Aboriginal communities. When money goes into a community, it goes out of a community immediately to purchase goods and services. Economists have shown that, if you can have money change hands several times within a community before it leaves that community, benefits are accrued each time those resources change hands. However, there have to be investments in economic development for that to take place. The model points to having the exchange go from eight to ten times before the money leaves the community.

I would argue that is what is missing. It is the provision of goods and services at the local community level in terms of distributing resources. We talk about income level, which is extremely important. However, we all know it is the distribution of income and the benefits that accrue from income distribution that are equally important in terms of determinants of health.

Mr. Osberg: I am worried about the "faint praise" phenomenon. When I hear Mr. Cappe talk, I think of being in grad school. It was a long time ago that I was in graduate school. However, they were running negative income tax experiments back then. A lot has been learned about this over the many years since then.

Sometimes there is a question of whether we know enough to try to push it through? I would argue yes. I like the directness, the vision and the feasibility of this proposal. I think some of these are faint praise and it comes from the realization that a negative income tax is not only about health and it is not all of health policy. We can have a perfectly reasonable discussion of a negative income tax on the idea of economic equity among all of Canada's citizens, over and above and irrespective to its impacts on the health status of Canadians.

When we think about the health status of Canadians, I do not think Senator Segal is trying to argue that there will not still be some need for some services; some people need training services or rehabilitation services. Having more cash will not solve their

l'Université Laval, et ailleurs aussi, dans le cadre de la Stratégie pour l'environnement arctique : on a détecté des contaminants environnementaux dans le lait maternel des femmes du Nunavut. Cela fait que les gens s'approvisionnent dans les magasins, dont les aliments vendus ne comportent pas les nutriments qui se trouvent dans les aliments traditionnels.

Pour résumer, ce sont des actifs qui sont réduits. Il importe de reconnaître que, dans un modèle de développement économique durable, les Autochtones doivent avoir un rôle à jouer et travailler avec l'industrie et les intérêts du secteur privé à la gestion des ressources renouvelables. Ils ont intérêt personnellement à ce que les ressources en question demeurent viables à long terme. L'élimination de la pauvreté est un objectif louable et extrêmement important. Cependant, ce n'est pas la panacée. Il faut le lier à des investissements parallèles dans le développement communautaire.

Pour terminer, je veux parler d'un système économique où l'activité est extérieure aux collectivités autochtones. On investit dans la collectivité une somme d'argent, qui en ressort immédiatement pour l'achat de biens et de services. Or, des économistes ont montré que, dans la mesure où on peut faire en sorte que les sommes d'argent changent de mains plusieurs fois au sein même de la collectivité avant d'aboutir ailleurs, il y a des bienfaits qui se manifestent à l'intérieur de la collectivité avec chaque échange. Cependant, pour que cela se réalise, il doit y avoir des investissements faits dans le développement économique. Le modèle fait état de huit à dix échanges du genre, avant que l'argent sorte de la collectivité.

Je dirais que c'est là ce qui fait défaut. La prestation de biens et de services à l'échelle locale, du point de vue de la répartition des ressources. Nous parlons du niveau de revenu, qui est extrêmement important. Cependant, nous savons tous que la répartition des revenus et les avantages qui découlent de cette répartition des revenus sont tout aussi importants en ce qui concerne les déterminants de la santé.

M. Osberg : Le phénomène de la critique à peine voilée m'inquiète. Quand j'entends M. Cappe, je me revois aux études supérieures. Il y a longtemps de cela. Cependant, il y avait même à cette époque-là des expériences d'impôt négatif. Beaucoup de choses ont été apprises à ce sujet au cours des nombreuses années qui se sont écoulées depuis.

Parfois, il s'agit de savoir si nous en savons assez pour faire l'essai? Je dirais que oui. Cette proposition me plaît par son aspect direct, la vision qu'elle comporte et sa faisabilité. Pour certains cas, je crois que c'est lié au phénomène en question et que ça vient de l'idée qu'un impôt négatif n'est pas qu'une question de santé, qu'il ne représente pas l'ensemble de la politique de la santé. Nous pouvons avoir une discussion parfaitement raisonnable sur l'idée de l'impôt négatif et de l'équité économique entre les citoyens du Canada, au-delà de sa seule incidence sur l'état de santé des Canadiens.

Si nous songeons à la question de l'état de santé des Canadiens, je ne crois pas que le sénateur Segal essaie de faire valoir qu'aucun service ne sera plus jamais nécessaire; il y a des gens qui ont besoin de services de formation ou de services de réadaptation. Avoir une

need for services. It will, however, make it much easier for them to avail themselves of services and it will reduce the stress in their lives.

You were making this comment about going in and out of poverty and the anxiety that people have in facing the future. You were making comments about anxiety and its impact on mental health and the stress of being poor. There is a huge dimension to the negative income tax that is all about reducing insecurity, reducing anxiety about the future and having a real social safety net that underpins the worst possible outcome that you can anticipate in a reasonable vision of your future.

There are many benefits from it over and above health and by indirect paths to health. I like the emphasis on the feasibility of it. There is the affordability issue, but we move a lot of money around in Canada. Just last fall, we had a series of tax cuts on a five-year basis were costed out at something like $55 billion or $60 billion over five years. None of that stuff went to anti-poverty policy.

The total poverty gap in Canada — the amount of money it would take to raise all poor people in Canada to the low-income cut off — was something like $13.6 billion, in 2005. We have just recently moved around lots of money, enough to solve the poverty issue.

A key thing to remember when we think about anti-poverty policy is this: If you do not have much, it does not take much to make a big difference in your life. The percentage difference in the financial security of poor people, of relatively small-dollar amounts, is huge. Those same dollar amounts are a very small percentage of the income of the top quintile. I refer to the top 10 per cent or, especially, of the top 1 per cent of the income distribution of Canada — who have been doing very well, thank you very much — even as their tax load has gone down and social assistance payments have been cut and the poverty gap has risen as a consequence. There is a need here. I am not a "faint praise" type. I will go for it. I like this.

Mr. Dodge: I am pleased to come in after Mr. Osberg, because I think this is absolute nonsense. Let me go back and start at the beginning. I want to start where Ms. Lynkowski started.

Historically, and today, public health is extraordinarily important to population health. We have starved the public health sector for years and years. To go back to Mr. Tholl's words, somehow we have not been able to create the "burning platform" for public health. Indeed, one can argue that we have been going backwards on the public health side. It is easy now to forget, but we do not deal with the basics such as clean water and so on. We do not deal with those issues and we have Aboriginal communities where we do not deal with those appropriately.

plus grande somme d'argent ne réglera pas le problème du besoin des services. Par contre, dans le contexte, il sera beaucoup plus facile pour les gens de se prévaloir des services et de réduire le stress qu'ils vivent.

Vous parliez du fait d'entrer dans le piège de la pauvreté, d'en sortir, et de l'angoisse que les gens ressentent face à l'avenir. Vous disiez des choses à propos de l'angoisse et de l'impact qu'elle a sur la santé mentale et le stress qui vient avec le fait d'être pauvre. L'impôt négatif comporte une dimension extraordinaire dans le sens où il permet d'abord et avant tout de réduire l'insécurité, de réduire l'angoisse à propos de l'avenir et de disposer un véritable filet de sécurité social par rapport au pire scénario que vous puissiez anticiper si vous avez une vision raisonnable de l'avenir.

Il comporte de nombreux avantages, au-delà de la santé et des chemins qui mènent indirectement à une meilleure santé. J'aime bien l'accent qui est mis sur la faisabilité du projet. Il y a la question de l'abordabilité aussi, mais il y a beaucoup d'argent qui circule au Canada. Pour ne parler que de l'automne dernier, il y a eu une série de réductions d'impôt prévues sur cinq ans, dont le coût a été chiffré à quelque 55 milliards ou 60 milliards de dollars sur cinq ans. Rien de cela n'a été consacré à la politique antipauvreté.

L'écart de pauvreté globale au Canada — la somme d'argent qu'il faudrait pour relever le revenu des pauvres du Canada au seuil dit de faible revenu — s'élevait à quelque chose comme 13,6 milliards de dollars en 2005. Or, nous venons de brasser beaucoup d'argent, suffisamment pour régler le problème de la pauvreté.

Il y a un élément clé qu'il faut se rappeler en ce qui concerne la politique antipauvreté : si vous disposez de peu, ça ne prend pas grand-chose pour changer sensiblement votre vie. La part que représentent des sommes d'argent relativement faibles dans le bilan financier des pauvres est énorme. Les mêmes sommes d'argent représentent, dans le premier quintile des revenus, une proportion très faible. Je parle du premier décile ou particulièrement du premier pour cent des revenus au Canada — dont les affaires vont très bien merci —, dont le fardeau fiscal a diminué et les versements à l'assistance sociale ont fait l'objet de réductions. L'écart de pauvreté a grandi par voie de conséquence. Il y a là un besoin. Je ne suis pas du genre à louer un projet pour mieux le critiquer. Je voterai en faveur de ce projet. Il me plaît.

M. Dodge : Je suis heureux de pouvoir parler après M. Osberg, car, à mes yeux, c'est de la pure folie. Permettez-moi de revenir au début. Je veux commencer au point où Mme Lynkowski a commencé.

Historiquement, comme aujourd'hui, la santé publique revêt une importance extraordinaire du point de vue de la santé de la population. Cela fait des années et des années que nous affamons le secteur de la santé publique. Pour revenir aux paroles de M. Tholl, quelles qu'en soient les raisons, nous n'avons pas réussi à créer le « besoin urgent d'agir » du point de vue de la santé publique. De fait, on peut faire valoir que nous régressons du point de vue de la santé publique. Il est facile de l'oublier maintenant, mais nous ne nous occupons pas des choses

Environment raises an issue; at least the worst aspects of the real toxic elements of environment. That was why we were there, if you go back to the founding of the Department of Health and Welfare in 1919. However, 1919 raises another very important issue of public health and that is infectious disease prevention. We had a lesson in this country. We are forgetting that lesson very quickly. Dr. Butler-Jones is trying to make sure we do not forget the lesson quickly and get on with it. However, we do not have a public health sector that is very well organized. Pity the poor local medical officer of health in trying to deal with it. I will tell you, far from any negative income tax or anything like that, if we have something really serious in terms of an Asian flu or whatever, that will be the burning platform, all right; we will end in burning.

I think, Mr. Chair, it is extraordinarily important in your final report to start with that basic platform on public health. Much can be done at a relatively low cost — relatively low cost compared to any the health care side of things — to improve the situation. Information is very important because that is what we learned in SARS: We could not pass the information around correctly.

If you are talking population health, your first section had better be get the public health aspects right and remember that this was the traditional role of the department. Let us not abandon that traditional role. Indeed, it is one where federal, provincial and local cooperation can be had. Let me start there.

Second, there has been a lot of discussion here around this table on poverty. We need to be absolutely clear that we do not want to take away from Canadians the freedom to fail. The freedom to fail is a very important thing to have, which Senator Segal would take away from us.

What does that mean? That means you really ought to start with: What is it that will allow kids and, indeed, fetuses, to have the start that is likely to put them in a position to be healthy people throughout their lives? That starts with maternal health and money is not the only answer although it is an important answer.

The second thing is the school system. Once people get into the school system we actually have good ways in the provinces of dealing with them. The great problem is the early childhood side, which is a huge problem. You flagged that yourself, senator, at the start. Clearly, a much-enhanced Child Tax Credit may well be a very important federal contribution to helping to deal with that. Perhaps it can be the best single federal contribution that can be

fondamentales comme l'eau potable, par exemple. Nous ne nous occupons pas de ces questions, et il y a les collectivités autochtones où nous ne nous en occupons pas correctement.

L'environnement soulève une question; c'est le cas tout au moins des pires aspects de la présence des éléments toxiques qui se trouvent dans l'environnement. C'est la raison pour laquelle nous avons vu le jour, si vous remontez à la création du ministère de la Santé et du Bien-être social en 1919. Cependant, songer à 1919, c'est songer à une autre question très importante du point de vue de la santé publique, soit la prévention des maladies infectieuses. Nous avons reçu une leçon au pays. Or, nous oublions très rapidement cette leçon. Le Dr Butler-Jones veut s'assurer que nous n'oublions pas la leçon rapidement, que nous nous mettions en marche. Toutefois, le secteur de la santé publique n'est pas très organisé. Je plains le pauvre directeur de la santé local qui essaie de s'attaquer à la situation. Je vais vous dire : laissez faire l'impôt négatif et les trucs du genre, s'il y a quelque chose de vraiment grave qui se présente, par exemple, la grippe asiatique ou je ne sais quoi encore, nous l'aurons bel et bien, ce brûlant besoin d'agir; nous allons nous faire brûler à la fin.

Monsieur le président, à mon avis, il est extraordinairement important que votre rapport final ait pour point de départ le programme fondamental de santé publique dont il a été question. Une faible somme d'argent permet d'en accomplir beaucoup — une somme relativement faible par rapport à ce qui est dépensé du côté des soins de santé à proprement parler — quand il s'agit d'améliorer la situation. L'information est très importante; c'est ce que nous a appris l'épisode du SRAS. Nous n'arrivions pas à faire circuler l'information correctement.

Si vous envisagez la question de la santé de la population, la première partie de votre rapport doit énoncer correctement les divers aspects de la santé publique. N'oubliez pas que c'était le rôle traditionnel du ministère. N'abandonnons pas ce rôle traditionnel. De fait, c'est un rôle où il est possible d'obtenir que l'administration fédérale et les administrations provinciales et locales coopèrent. Commençons là.

Ensuite, les participants à notre table ronde ont beaucoup discuté de la question de la pauvreté. Il faut être absolument clair sur un point : nous ne voulons pas priver les Canadiens de la liberté d'échouer. Il est très important de disposer de la liberté d'échouer, ce dont le sénateur Segal voudrait nous priver.

Qu'est-ce que cela veut dire? Cela veut dire que vous devriez commencer vraiment par ceci : qu'est-ce qu'on peut faire pour s'assurer que les enfants, de fait, les fœtus, connaissent dans la vie un départ qui est susceptible d'en faire des êtres qui demeureront en santé toute la vie durant? Ça commence par la santé maternelle, et l'argent n'est pas seule solution au problème, même s'il demeure une solution importante.

Le deuxième élément, c'est le réseau scolaire. Une fois les enfants arrivés à l'école, de fait, nous disposons dans les provinces de bonnes façons de nous occuper d'eux. Le grand problème est celui de la petite enfance, problème énorme. Vous avez cerné ce problème vous-même, sénateur, au départ. Sans aucun doute, un crédit d'impôt pour enfants nettement amélioré pourrait se révéler une contribution fédérale très importante à la solution de ce

made. I have no apologies for saying Senator Segal is right for family with kids up to the ages of five, six or seven. That can be very helpful in improving that issue. However, it is not the only thing, as we well known. We are learning from research that, if brains are wired badly, it is extraordinarily hard to reverse it later on. Indeed, the more recent work indicates that genetic composition can change your life and that could well be affected by this early period. That does not mean when things go right that everyone will succeed. That is why I said that you do not want to pick up the failures later on; you want to make sure that people get a start. Overall, that would be the best for health.

Senator, you raised the need for a whole-of-government approach. There are many things but if we think of what it is at the federal level that is important and, indeed, in some sense is a whole approach, first, make sure we have a public health system that works and is robust. Then focus on kids in the womb and in those very early years. The evidence is clear that, regardless of income later on, if you have a bad start, you are in deep trouble in life. If you are looking for a focus for a whole-of-federal-government, focus on that very early period and focus on public health.

Mr. Lewis: I want to clarify. If I heard you correctly, are you saying that eliminating formal poverty by raising everyone to the LICO or something with a negative income tax will sap their will to succeed?

Mr. Dodge: No, let me be as provocative as Senator Segal. One of our problems in this country is that we abhor failure. People have to keep trying and there will be failures. There will be communities that fail. We have some Aboriginal communities that are enormously successful and others with higher incomes that are huge failures.

I do not think we should be quite as afraid of failure at that level. However, if people have not had a chance to get started right and then fail, that is a collective problem. If people get started right, some will fail later on — and some communities will fail later on — but that is not so much a collective problem; that is a problem of that community or that individual. However, you have to get the right start.

We know from social science, but increasingly now from biological science and medicine, how important that getting started is. If you need focus — and you do need focus — you have to create a platform. I would submit that the great advantage —

problème. C'est peut-être la pierre la plus intéressante que le gouvernement fédéral peut apporter à l'édifice. Je ne m'excuserai nullement en disant que le sénateur Segal a raison pour ce qui est des familles dont les enfants ont jusqu'à cinq, six ou sept ans. Ça peut être très utile pour améliorer la situation. Cependant, ce n'est pas le seul facteur, comme nous le savons bien. Les recherches nous l'apprennent : si les connexions du cerveau font défaut, il est extraordinairement difficile de redresser la situation plus tard. De fait, les travaux les plus récents laissent voir que la composition génétique peut changer la vie de la personne et que la période de la petite enfance y est peut-être bien pour quelque chose. Cela ne veut pas dire que celui qui a un départ canon va nécessairement réussir plus tard. C'est pourquoi je disais qu'il ne faut pas avoir l'idée de repérer les échecs plus tard; il faut s'assurer que les gens connaissent un bon départ. Globalement, c'est ce qui serait le mieux pour la santé.

Sénateur, vous avez évoqué la nécessité d'adopter une approche pangouvernementale. Les éléments qui entrent en jeu sont nombreux, mais si nous songeons à ce qui importe à l'échelle fédérale et, de fait, à ce qui convient à une approche globale, d'abord, il faut s'assurer que le système de santé publique est fonctionnel et robuste. Ensuite, il faut se pencher sur la situation des enfants dès le moment où ils sont dans le ventre de la mère et pendant les toutes premières années. La recherche le fait voir clairement : quel que soit le revenu touché plus tard, si votre départ a été mauvais, vous connaissez de graves problèmes dans la vie. Si vous cherchez le point névralgique d'une approche pangouvernementale fédérale, ce serait la toute première enfance et la santé publique.

M. Lewis : Je tiens à apporter une précision. Si j'ai bien entendu, vous êtes en train de dire que le fait d'éliminer la pauvreté en relevant tout le monde au seuil de faible revenu ou en recourant à un impôt négatif aura pour effet de miner la volonté de réussir chez les gens?

M. Dodge : Non, mais permettez-moi d'être aussi provocateur que le sénateur Segal. Un des problèmes que nous connaissons au Canada, c'est que nous détestons l'échec. Il faut que les gens persistent, et il y aura des échecs. Il y aura des collectivités qui échouent. Nous avons des collectivités autochtones qui connaissent une réussite extraordinaire et d'autres qui, même si elles ont un revenu plus élevé, connaissent un échec extraordinaire.

À mon avis, nous ne devrions pas tant craindre l'échec sous cet aspect-là. Tout de même, si les gens n'ont pas l'occasion de connaître un bon départ, puis qu'ils connaissent l'échec, je dirais que c'est un problème collectif. Si les gens connaissent un bon départ, certains échoueront plus tard — et certaines collectivités échoueront plus tard —, mais ce n'est pas tant un problème collectif; c'est un problème qui relève de la collectivité ou de la personne dont il est question. Cependant, il faut que le départ soit bon.

Les sciences sociales nous l'ont appris, mais les sciences biologiques et la médecine nous l'apprennent de plus en plus aussi : il est vraiment important de connaître un bon départ. S'il vous faut vous concentrer sur une tâche — et il faut le faire —, il

but I am not a politician — of focusing there is it is not seen by middle-income people or upper middle-income people as taking something away from them to give to someone else. It is clearly something that is seen as a focus, something that they would focus on themselves for their own kids.

Politically, in terms of involving the whole society, and on the basis of our scientific understanding and from social sciences, that focus right at the beginning will pay the greatest dividends, at least over a generation. You cannot solve all these problems overnight. In the end, it will help Senator Fairbairn's literacy problem more than anything else.

Mr. Lewis: Would not the population health researchers tell you — and they can tell you directly — what you suggest to focus on is exactly what we have focused on? We had the early comprehensive childhood development programs from the 1990s. We are focusing more on public health. We have the Public Health Agency of Canada, and they would say you cannot help the kids if you do not help their families. It is the context of the parents that influence the kids. Are you saying that this is palatable because it does not involve the kind of redistribution that you have in mind and it is politically sellable?

Mr. Dodge: No, it redistributes to a place that every middle-class person would feel is important.

Mr. Lewis: What if they are wrong? What if the middle-class view of what is acceptable redistribution is not effective?

Mr. Dodge: The science says that is where we should go. Follow the evidence; the evidence is very clear.

Ms. Manson Singer: Let me reflect briefly on some of the evidence from our foray into the National Child Benefit, to which Mr. Cappe has already referred. British Columbia implemented a national child benefit a couple of years in advance of the NCB and we were able then to look at what happened in terms of the population and what made a difference.

The first thing that happened — and it was actually much more exaggerated than any of our expectations — is that people flew off of welfare. We had a reduction of over 40,000 kids on income assistance in the first year that it was implemented.

The other thing we underestimated was the direct economic benefits to communities. My colleague in finance came back to me and said, "Our sales tax revenue is up in all of these cohorts." I

faut créer un programme de base à cet égard. Je ne suis pas politicien, mais je ferais valoir que le fait de concentrer les efforts sur cette tâche-là présente un grand avantage, soit que les membres de la classe moyenne ou de la classe moyenne supérieure n'y voient pas une mesure qui leur retire quelque chose à eux pour le donner à quelqu'un d'autre. C'est clairement une mesure qui est considérée comme étant centrée sur la tâche, une tâche sur laquelle ils se centreraient eux-mêmes pour leurs propres enfants.

D'un point de vue politique, dans l'idée de faire appel à la société entière et de fonder son action sur une connaissance scientifique et sur les sciences sociales, c'est l'accent mis sur la première enfance qui rapportera le plus de dividendes, du moins le temps d'une génération. On ne saurait régler tous ces problèmes du jour au lendemain. Au bout du compte, plus que toute autre chose, ça sera utile du point de vue du problème d'alphabétisation soulevé par le sénateur Fairbairn.

M. Lewis : Les chercheurs en santé de la population vous le diront — et ils peuvent vous le dire directement —, le centre d'intérêt que vous avez déterminé est tout à fait celui que nous avons déterminé de notre côté. Nous avons instauré les programmes globaux de développement de la petite enfance au cours des années 90. Nous nous attachons davantage à la santé publique maintenant. Il y a l'Agence de la santé publique du Canada, qui vous dirait qu'il n'est pas possible d'aider les enfants si vous ne venez pas en aide aux familles. C'est le contexte où évoluent les parents qui influe sur les enfants. Affirmez-vous que le projet plaît aux gens parce qu'il ne suppose pas le genre de redistribution que vous avez à l'esprit et qu'il peut être « vendu » à la population?

M. Dodge : Non, la redistribution favorise une chose que tout membre de la classe moyenne jugerait importante.

M. Lewis : Qu'en est-il s'ils ont tort? Qu'en est-il si l'idée que se fait la classe moyenne d'une redistribution acceptable n'est pas efficace?

M. Dodge : La recherche scientifique nous dit que c'est dans cette voie qu'il faut s'engager. Il faut suivre les connaissances scientifiques; c'est très clair.

Mme Manson Singer : Permettez-moi de traiter brièvement de certains des éléments que nous avons tirés de notre expérience de la prestation nationale pour enfants, à laquelle M. Cappe a déjà fait allusion. La Colombie-Britannique a adopté une prestation nationale pour enfants quelques années avant celle que nous connaissons, et nous avons pu examiner ce qui s'est passé en ce qui concerne la population et toute différence à relever.

La première chose qui est arrivée — de fait, c'était nettement plus prononcé que ce à quoi nous nous attendions —, c'est que les gens ont quitté les rangs de l'aide sociale à la vitesse grand V. Il y a eu une diminution de plus de 40 000 enfants dont la famille vivait de l'assistance au revenu au cours de la première année où la prestation a été mise en œuvre.

L'autre facteur que nous avons sous-estimé, c'est les retombées économiques directes pour les collectivités. Mon collègue des finances m'est revenu en disant : « Nos recettes pour la taxe de

said, "Yes of course, because when you match our welfare records to where we are spending the money, there is a significant payment going into those communities."

Poor people do not save their money, they spend it. As a direct consequence, there was quite a lot of direct economic benefit to the province. The benefit did not cost as much as we had estimated and although it went out the front door looking like a very large sum, it came back to the province in many other ways.

The point around the investment in terms of reducing poverty for children, and the way we have done it through the National Child Benefit, does not answer the questions or the need for a comprehensive early child development strategy that is directly targeted at young children and their parents. Even with those amounts of money that I may gain as an individual mom, with that small amount of gain, I cannot create the conditions that are necessary to foster this kind of caring, collaborative community that will really make a difference in terms of my child's health and my ability to parent that child.

I do not think we can say it will solve the problem. Also, many would say that it costs a great deal more to do it and it will strip out all of our other social programs. I do not accept that argument because it flows back to the country and provinces in different ways. However, I do not think that we can answer the problems of public health and raising healthy children with simply doing it through income redistribution. We need a parallel strategy that will be going there; otherwise, we are in danger of thinking we have the solution whereas, in fact, we have not.

We can point to one-size-fits-all approaches — for example, our whole progress on deinstitutionalization. I remember all of us putting our hands up and saying what a wonderful idea. Of course, now our communities have a great deal of difficulty in dealing with the consequences of it.

I think it is an important idea. We have had good evidence with the National Child Benefit of how that has made a difference for families, how it has redistributed money. However, what has been more important is that the agreement Canada struck with the provinces was to ensure that the reduction in their expenditures was reinvested in four pillars of development that were really important in work and training for families on low income, but also in early childhood development.

Those kinds of structures and frameworks, where provinces can choose how to reinvest within three or four broad areas, are essential. If the federal government cuts a cheque and does not hold the provinces accountable to reinvest those monies saved into something that is much more productive, on early childhood development — I am with Mr. Butler-Jones on this one, and with

vente sont à la hausse dans toutes ces cohortes. » J'ai dit : « Oui, bien sûr, si on fait le lien entre nos dossiers d'assistance sociale et les endroits où l'argent est dépensé, on voit qu'il y a une somme d'argent considérable qui circule dans les collectivités en question. »

Les pauvres n'épargnent pas, ils dépensent. Par voie de conséquence directe, cela a donné de très importantes retombées économiques directes pour la province. La prestation n'a pas coûté autant que nous l'avions estimé et, même si la somme consacrée au départ paraissait très importante, la province a récupéré la mise de nombreuses autres façons.

L'idée de l'investissement pour réduire la pauvreté chez les enfants et la façon dont nous nous y sommes pris dans le cas de la prestation nationale pour enfants n'est pas utile si on considère le problème ou le besoin d'une stratégie globale de développement de la petite enfance qui est directement centrée sur les jeunes enfants et leurs parents. Même avec les sommes d'argent que je peux en tirer en tant que mère, individuellement, avec ce faible gain, je ne peux créer les conditions nécessaires pour favoriser la collectivité compatissante et soucieuse des enfants qui, en vérité, changera vraiment la donne pour ce qui touche la santé de mon enfant et ma capacité de l'élever en tant que parent.

À mon avis, nous pouvons affirmer que ça va régler le problème. De même, nombreux sont ceux qui diraient que l'adoption de la mesure coûte extraordinairement cher et privera de fonds tous les autres programmes sociaux. Je ne suis pas d'accord avec cet argument-là, car les fonds reviennent au pays et aux provinces de diverses façons. Cependant, je ne crois pas que le seul fait de redistribuer les revenus réglerait les problèmes que posent la santé publique et l'idée d'élever des enfants en santé. Il nous faut une stratégie parallèle; sinon, nous risquons de penser que nous avons trouvé la solution alors que, de fait, ce n'est pas le cas.

Nous pouvons montrer du doigt les approches universelles — par exemple, tout le progrès que nous avons obtenu avec la désinstitutionnalisation. Je me souviens que nous ayons tous crié : quelle idée merveilleuse! Bien entendu, maintenant, nos collectivités éprouvent beaucoup de difficultés à composer avec les conséquences de cette décision.

Cela me paraît être une idée importante. Dans le cas de la prestation nationale pour enfants, nous disposons de données solides qui portent à croire que la prestation a bel et bien aidé les familles, qu'elle a permis de redistribuer l'argent. Cependant, il y a eu quelque chose d'encore plus important : le Canada a conclu avec les provinces un accord pour s'assurer que les économies qu'elles réalisaient grâce à la réduction des dépenses étaient réinvesties dans quatre piliers du développement jugés vraiment importants pour le travail et la formation dans les familles à faible revenu, mais aussi pour le développement de la petite enfance.

Les structures et cadres de cette nature, qui permettent aux provinces de choisir de réinvestir dans trois ou quatre grands secteurs, sont essentiels. Si le gouvernement fédéral remet aux provinces un chèque sans les tenir responsables de réinvestir les économies dans quelque chose de plus productif, dans le développement de la petite enfance — je suis d'accord avec

many of you in this room — then we will see merely cutting off the tail of the distribution without any of the supports that are necessary to create the conditions that will enhance the ability of children to grow up in a healthy and contributing way.

We had coined a phrase about this some time ago, that it was really about population prosperity. In order to have a population prosperity approach, you have to invest at the front end. You will see definite returns on your investment and a population that will become much more prosperous than it is now.

The Chair: Can I tease this out a little bit? A concept that we are struggling with in coming up with the report is the distinction between parenting and daycare. Daycare is for the benefit of the mother, but what is needed for early childhood — wait a minute — you can all join in the dance but I want you to educate me first. I want this teased out. Early childhood development is dependent on appropriate parenting, is it not?

Ms. Potvin: No, that is only one item.

The Chair: If appropriate parenting is missing, I am told that warehousing a child will not produce a good human being.

Ms. Potvin: Do not listen to those people.

Mr. Cappe: We need the professionalization of child care, because child care should not be just warehousing. The professionalization of it becomes an issue.

Ms. Potvin: Early child development is the key issue.

The Chair: The reason I went to Cuba was to observe this system. There, grandparents can get a BA in early childhood development because the parents are working and do not have time to participate in the development of the child. The grandparents substitute for them. They have superb daycare, do not take me wrong, but it is much more than daycare.

Ms. Manson Singer: You are absolutely right. Early childhood development is a very important component of a child's early start and can help to determine how that child will contribute to Canada. I would caution the idea about warehousing daycare — a lexicon that we tried to get rid of — because many parents need child care during the night time and on weekends. There is a way of thinking about daycare as being from 8 a.m. to 4 p.m. Monday to Friday, which is not what we need in this country.

M. Butler-Jones sur ce point et avec bon nombre des personnes ici présentes —, nous allons simplement couper la queue de la distribution en l'absence des mesures de soutien nécessaires pour créer les conditions favorables, celles qui permettent aux enfants de grandir de manière saine et de manière à contribuer à la société.

Nous avons trouvé un tour de phrase intéressant à ce sujet il y a un certain temps en affirmant qu'il s'agit vraiment de la prospérité de la population. Pour adopter une approche fondée sur la prospérité de la population, il faut investir au départ. Cela vous permettra d'obtenir un rendement sur votre investissement et d'avoir une population qui sera beaucoup plus prospère qu'elle l'est en ce moment.

Le président : Puis-je vous le faire dire sans le demander directement? Il y a un concept avec lequel nous nous débattons en vue de produire le rapport. C'est la distinction entre le travail des parents et la garde des enfants. La garde des enfants profite à la mère, mais ce qu'il faut pour la petite enfance — un instant —, vous allez tous pouvoir vous joindre à la ronde, mais je veux que vous m'éclairiez avant. Je veux vous le faire dire. Le développement de la petite enfance dépend de ce que les parents fassent un travail approprié, n'est-ce pas?

Mme Potvin : Non, ce n'est qu'un facteur parmi d'autres.

Le président : On me dit que, dans la mesure où le travail parental fait défaut, la garde des enfants en entrepôt ne produira pas un bon être humain.

Mme Potvin : N'écoutez pas les gens qui disent ça.

M. Cappe : Il nous faut une professionnalisation de la garde des enfants, car il ne faut pas que ça se résume à une sorte d'entreposage. C'est la professionnalisation de la tâche qui devient un enjeu.

Mme Potvin : Le développement de la petite enfance est l'enjeu clé.

Le président : Si je suis allé à Cuba, c'est pour observer ce système-là. Là-bas, les grands-parents peuvent obtenir un BA en développement de la petite enfance; c'est que les parents travaillent et n'ont pas le temps de participer au développement de l'enfant. Les grands-parents se substituent aux parents. La garde des enfants là-bas est extraordinaire, mais comprenez-moi : c'est bien plus qu'une simple garde d'enfants.

Mme Manson Singer : Vous avez tout à fait raison. Le développement de la petite enfance est un élément très important du premier départ de l'enfant dans la vie; ça peut déterminer la mesure dans laquelle l'enfant va contribuer à la société canadienne plus tard. Je vous mettrais en garde contre l'idée des garderies comme entrepôt — nous avons essayé de nous débarrasser de ce vocabulaire... de nombreux parents ont besoin de faire garder les enfants en soirée et la fin de semaine. La garde d'enfants peut être envisagée comme un service offert de 8 heures à 16 heures du lundi au vendredi, mais ce n'est pas ce qu'il nous faut au Canada.

The conceptualization of child care often depends upon where it is located within ministries. For example, if it is in a ministry of human resources, it has a labour market focus to help parents to get to work. If it is in a ministry of education, it has a focus on early child development ensuring that there is a good bridge between zero and readiness-to-learn. If it is in a ministry for women's equality, it has a distinct focus on ensuring that women have equal positions. We need to rethink that way of dealing with child care. We agree with you that there are significant problems when you try to dissect what it all means.

An early child development approach to child care is a comprehensive approach to ensuring that the best conditions for a child to grow are present. That means many more things are in place beyond just good parenting. It is the conditions to maximize the development of that human being. What are those necessary conditions? We come back to the list of determinants of health. Within our early child development approach, we need to focus on all of those determinants to ensure that we have an enabling condition to result in population prosperity.

Ms. Potvin: It takes a whole village to raise a child.

Ms. Manson Singer: Was that helpful?

The Chair: That is just what I wanted to hear.

Ms. Potvin: Interesting data have come out of Quebec on that point: The quality of daycare. The public system daycare seems to be of the highest quality in Quebec. Daycare quality can help poor kids to overcome some of the disadvantages that they have at home. This one redistributive measure directly affects childhood development globally and on a population level.

Mr. Cappe: On this point, Fraser Mustard talks extensively about abuse and neglect and neglect is one of those great problems. It can occur in the home as much as anywhere else. In that sense, a more professional developmental child care system can have this huge effect on population health.

Ms. Potvin: We emphasized that point. When we looked in British Columbia at readiness to learn as being a marker of how well our children were being cared for, the real problem was not in the tails of the distribution but was in the middle. We saw significant problems in children's readiness to learn among the middle class. This was very much a problem in terms of thinking how to use redistributive efforts to solve problems of readiness to learn. We had to look at a much more comprehensive approach in order to ensure that we were working across the population.

La conceptualisation de la garde des enfants dépend souvent de l'endroit où se trouve le fonctionnaire. Par exemple, s'il s'agit du ministère des Ressources humaines, l'élément marché du travail interviendra. Il s'agit d'aider les parents à intégrer le marché du travail. Si c'est le ministère de l'Éducation, l'accent est mis sur le développement de la petite enfance. Il s'agit alors d'assurer une bonne transition entre les tout premiers stades de l'enfance et celui où l'enfant est prêt à apprendre. Si c'est le ministère qui s'occupe de la question de l'égalité des hommes et des femmes, on insistera sur l'idée que les femmes doivent se retrouver dans une situation d'égalité. Il nous faut repenser la façon dont nous abordons la garde des enfants. Nous sommes d'accord avec vous pour dire qu'il existe d'importants problèmes, qui se voient quand on essaie de disséquer la signification de tout cela.

Une approche de garde axée sur le développement de la petite enfance est une approche globale qui permet de s'assurer d'avoir en place les meilleures conditions possibles où l'enfant va grandir. Cela fait intervenir un grand nombre d'éléments outre le seul travail des parents. Ce sont les conditions nécessaires pour maximiser le développement de l'être humain en question. Quelles sont ces conditions nécessaires? Nous revenons alors à la liste des déterminants de la santé. Dans les limites de notre approche axée sur le développement de la petite enfance, nous devons prêter attention à tous les déterminants en question, pour nous assurer de mettre en place les conditions aboutissant à la prospérité de la population.

Mme Potvin : Il faut tout un village pour élever un enfant.

Mme Manson Singer : Est-ce que ça vous éclaire?

Le président : C'est simplement ce que je voulais entendre.

Mme Potvin : Il y a des données intéressantes qui nous proviennent du Québec sur ce point : la qualité de la garde des enfants. Le réseau public des centres de la petite enfance semble être de toute première qualité au Québec. La qualité de la garde peut aider les enfants pauvres à surmonter certains des désavantages qu'ils connaissent à la maison. C'est une mesure de redistribution qui touche directement le développement de la petite enfance, de façon globale, au sein d'une population.

M. Cappe : Sur ce point, Fraser Mustard a beaucoup parlé de l'abus et de la négligence, et la négligence est l'un des grands problèmes que l'on connaisse. Ça peut arriver à la maison aussi bien qu'ailleurs. Dans ce sens-là, un système de garde axé sur le développement des enfants et davantage professionnalisé peut avoir un effet extraordinaire sur la santé de la population.

Mme Potvin : Nous avons insisté sur ce point-là. En prenant pour marqueur la mesure de la capacité d'apprentissage en Colombie-Britannique pour déterminer si on s'occupait bien de nos enfants, nous avons constaté que le véritable problème réside non pas dans la queue de la distribution, mais plutôt au milieu. Nous avons constaté l'existence de problèmes importants touchant la capacité d'apprendre des enfants au sein de la classe moyenne. Ça posait indéniablement un problème; il fallait penser à la manière de recourir à la redistribution pour résoudre les difficultés liées à la capacité d'apprendre. Il nous a fallu envisager une approche nettement plus globale pour nous assurer que le travail profitait à l'ensemble de la population.

Population health from that perspective requires a holistic approach to the population, such that we are providing those kinds of resources and support across the population.

John Wright, Former Deputy Minister of Finance and Health, Saskatchewan, as an individual: I hate to pull this back to the negative income tax but I will, which, on the surface of it, looks like a great idea. Simplicity is next to godliness — the go-big-or-go-home strategy. It is leadership at the top; wonderful. There is only one little problem that Mel Cappe raised: the quagmire of federal-provincial relations. There is one population in Canada that is the responsibility of the federal government; that is the First Nations. What a wonderful incubator to test this out. What a wonderful idea: Put in a negative income tax for First Nations and let us see how it goes. It would move the agenda forward and we could learn from our mistakes and successes. I am not sure how it will address little issues like the lack of public health inspections on-reserve, or the housing situation on-reserve, or the quality of water on- reserve, or the lack of an immunization strategy on-reserve, or literacy issues on- reserve, but you have to start somewhere, so let us start there.

Mr. Chair, I propose, therefore, that the negative income tax proposal be adopted and applied to First Nations individuals in this country.

Senator Segal: That is a very intriguing offer. I have, on several occasions in this very room, the Standing Senate Committee on Aboriginal Peoples proposed winding down the Department of Indian Affairs and Northern Development, which is an abomination and an embarrassment to our country, and distribute the cash, plus legitimate mineral resources, on a per capita basis to every Aboriginal. I made that proposal not because of where they live but because they are a First Nation and we owe it to them. I am delighted to start there. Nothing would make me happier.

The comments and the criticisms today have been extremely constructive and helpful. Ms. Yalnizyan, if we were to begin by looking at the design of the income flow from a negative income tax, what elements would have to go into it? Maybe of the issues that you raised would have to be addressed in that mix or it would not be a legitimate design process.

I accept Mr. Cappe's comment with respect to the technical quagmire. We are not making progress with the $140 billion we have spent on an annual basis as of 1990-96 on aspects of our social service program. The numbers are not getting better.

Am I in any way in favour of diminishing support for housing or for the handicapped or for the intellectually disadvantaged? Of course I am not. A point for consideration: Mr. Wright's

Dans cette perspective-là, pour assurer la santé de la population, il faut une approche globale de la population, de telle sorte que nous prévoyons ces genres de ressources et de mesures de soutien pour l'ensemble de la population.

John Wright, ex-sous-ministre des Finances et de la Santé, Saskatchewan, à titre personnel : Je suis désolé de ramener sur le tapis la question de l'impôt négatif, mais je vais le faire, étant donné que, à première vue, l'idée semble excellente. La simplicité est la première des vertus — c'est l'idée de chercher la grande solution qui va tout régler, sinon à quoi bon? L'ordre d'agir vient d'en haut. C'est merveilleux. Il n'y a qu'un petit problème, que Mel Cappe a soulevé : le bourbier des relations fédérales-provinciales. Il y a au Canada une seule population qui relève de la responsabilité du gouvernement fédéral; ce sont les Premières nations. Quel merveilleux incubateur pour mettre à l'essai cette idée. Quelle idée merveilleuse : instaurer un impôt négatif pour les Premières nations et voir ce que ça donne. Cela nous permettrait de faire progresser le dossier et de tirer des leçons utiles de nos erreurs comme de nos succès. Je ne sais pas très bien comment cela permettrait de régler des petits problèmes comme l'absence d'inspections aux fins de la santé publique dans les réserves ou les difficultés de logement dans les réserves ou encore la qualité de l'eau dans les réserves, sinon l'absence d'une stratégie d'immunisation dans les réserves ou les difficultés liées à l'alphabétisation dans les réserves, mais il faut commencer quelque part; commençons donc là.

Monsieur le président, je propose donc que le projet d'impôt négatif soit adopté et appliqué aux membres des Premières nations au Canada.

Le sénateur Segal : Voilà une offre qui est très intrigante. Ici même, dans la salle où nous nous trouvons, j'ai plusieurs fois proposé au Comité sénatorial permanent des peuples autochtones de supprimer le ministère des Affaires indiennes et du Nord, qui est une abomination et une honte pour notre pays, puis de prendre les économies réalisées, plus les redevances sur les richesses minérales légitimes, pour remettre sa part à chaque Autochtone. J'ai fait cette proposition-là non pas parce que les Autochtones vivent dans une réserve, mais parce qu'ils forment une Première nation et que nous leur devons cela. Je me réjouis tout à faire de commencer là. Rien ne ferait mieux mon bonheur.

Les observations et les critiques que nous avons entendues aujourd'hui ont été extrêmement constructives et utiles. Madame Yalnizyan, si nous devions nous attacher d'abord à la question des revenus tirés d'un impôt négatif, quels seraient les éléments constitutifs de la mesure? Les points que vous avez soulevés devraient peut-être être abordés dans une telle combinaison, sinon ce ne serait pas une façon légitime de concevoir la mesure.

J'admets ce que M. Cappe a dit à propos du bourbier qui se présente sur le plan technique. Nous ne progressons pas avec les 140 milliards de dollars que nous consacrons tous les ans à ces aspects de notre programme de services sociaux depuis 1990-1996. Les statistiques ne laissent pas voir d'amélioration.

Suis-je en faveur de l'idée de réduire le soutien au logement ou aux personnes handicapées ou aux déficients intellectuels? Bien sûr que non. Je vous soumettrai ceci : la proposition de

proposition is an interesting place to start. If we do not at least deal with what we can deal with as directly as possible, we will find ourselves around a similar table in ten years time wondering what we will do about the impact of poverty on public health.

I say to my friend Mr. Dodge, let us be clear: Some people have taken the view of freedom to fail. You did great things for the bank; I just hope the bank did not contaminate you.

Winston Churchill said in 1946, at a meeting of his party that, while he was against any limit on what people can achieve, there must be a balustrade under which no person is allowed to fall. That terrible, left-wing fascist, Winston Churchill, said that; and Disraeli said the same thing. Even Richard Nixon, Tommy Douglas and that radical left-winger, Bob Stanfield, all suggested that the freedom to fail has to have a limit because the cost we all pay when the failures are too intense, even for short periods of time, are too destructive of our values as a society and as a Canadian family. That is the only case that I make. I am not suggesting it should replace learning from the report by Justice Archie Campbell, Chair of the SARS Commission and all that we have to invest. However, I am suggesting that it might be one place to start. It is nothing more comprehensive or exclusionary than that.

Dr. Butler-Jones: This is a fascinating conversation, I must say. Obviously, I am not an economist. I have a long family tradition of buy high, sell low. It is probably a good thing that I am not allowed to invest directly in my job.

I want to make a couple quick comments. I will come back to where I started. Again, it is about balance. Much wiser people would say that real learning rarely comes from success; it comes from failure, but not devastating failure. Therefore, we have the basic concepts: What are the public goods? What is the level playing field? It is an important conversation about where that is and how you do it.

It is really good for me to hear conversations again about guaranteed annual income, what it would mean and do. That is an important debate to which I cannot contribute much other than to note the importance of the debate.

We are making some small progress on early child development. We are learning more, but again, there is small progress. We are far from being there. Issues exist and others have articulated them better than I can.

What I was trying to get at earlier is that it is not the action or the decisions about where you put your money, it is the thinking that has to be comprehensive in understanding the dimensions of poverty or the determinants and how they interrelate. If we think of them in isolation, and we have seen in this social policy, we risk

M. Wright représente un point de départ intéressant. Si nous ne nous attaquons pas au moins à ce qui est à notre portée, le plus directement possible, nous allons nous retrouver autour d'une table semblable, dans dix ans, à nous demander ce qu'il faut faire de l'incidence de la pauvreté sur la santé publique.

Je dis à mon ami, M. Dodge, soyons clairs : certains ont fait valoir qu'il faut disposer de la liberté d'échouer. Vous avez accompli des choses merveilleuses pour la banque; j'espère seulement que la banque ne vous a pas contaminé.

En 1946, à une réunion de son parti, Winston Churchill a affirmé qu'il s'opposait à toute limite quant à ce que les gens pouvaient réaliser, mais qu'il doit y avoir un point sous lequel on ne saurait laisser personne tomber. C'est le terrible fasciste de gauche, Winston Churchill, qui a dit cela; et Disraeli a dit la même chose. Même Richard Nixon, Tommy Douglas et cet autre gauchiste radical, Bob Stanfield, ont laissé entendre que la liberté d'échouer doit comporter une certaine limite, étant donné le coût que nous assumons tous lorsque les échecs sont trop intenses, même sur une courte période, lorsqu'ils détruisent trop nos valeurs en tant que société et en tant que famille canadienne. C'est le seul point que je fais valoir. Je ne laisse pas entendre qu'il faudrait le substituer aux enseignements à tirer du rapport du juge Archie Campbell, président de la Commission d'enquête sur les événements liés au SRAS, et tout ce que nous avons à investir. Cependant, j'affirme que ça pourrait servir de point de départ. Ce n'est pas plus complet ou exclusif que cela.

Dr Butler-Jones : Je dois dire que c'est une conversation fascinante. Évidemment, je ne suis pas économiste. Nous avons toujours été nuls en finances dans ma famille. Il est probablement bien qu'on ne me permette pas d'investir directement dans mon travail.

Je veux formuler rapidement quelques observations. Je reviendrai à mon point de départ. Encore une fois, c'est l'équilibre qui compte. Un vrai sage dirait probablement qu'il n'y a que l'échec pour bien apprendre; l'enseignement vient de l'échec, mais non pas de l'échec qui tue. Nous avons donc là les concepts de base : quels sont les biens publics? Et l'égalité des chances? C'est une conversation importante qui vise à savoir : qu'est-ce qu'il en est et qu'est-ce qu'il faut faire?

Je trouve cela vraiment bien d'entendre encore une fois des conversations sur le revenu annuel garanti, sur sa signification et son effet. C'est un débat important auquel je ne saurais contribuer sauf pour souligner que c'est un débat important.

Nous progressons modestement sur le front du développement de la petite enfance. Nous en apprenons sur le phénomène, mais, encore une fois, les progrès sont modestes. Nous sommes loin du but. Il y a des problèmes, que d'autres ont décrits mieux que je suis en mesure de le faire.

Ce que je voulais dire plus tôt, c'est que ce n'est pas la mesure ou le secteur où on décide d'investir qui compte, c'est la réflexion, qui doit être globale et permettre de saisir les dimensions que comporte la pauvreté ou les déterminants et les relations que ceux-ci ont entre eux. Si nous les isolons les uns des autres, et cela

doing more harm than good in terms of the incentives, motivation or people's sense of control over their own lives.

We have also seen this in public health when you think about chronic disease prevention. It is the eternal debate about whether we do large population approaches or specific high-risk population approaches; neither of which does it alone. The debate is around the balance that will provide the best outcome in terms of health and the smallest gap between them. For instance, people at any age, male or female, who are well connected with family and friends, have one-half the risk of dying than those who are poorly connected independent of income and everything else. If we are not allowing people to be engaged or encourage engagement in civil society, then we will miss it. There are political and policy dimensions around how much we do. My only appeal is that whatever actions we take should be in the context of thinking about how it all fits together.

Senator Eggleton: I like Mr. Dodge's thoughts about the first priorities. The first priority is getting the public health issues together and dealing with early childhood development.

When we talk about early childhood development, we need to shift more of the focus towards early learning or education. The public thinks it is primarily a responsibility of parents when we talk about child care. However, education is part of one's rights in society and it relates to the development of society overall. We need to focus more on early education. Yes, parenting is important, but so are the other elements that go into it in terms of early childhood educators.

I also want to address Senator Segal's intervention. First, I have an open mind on it. Obviously, it has appeal to it. Those of us dealing with the poverty issue at the Senate are grappling with different ways to deal with it, and Senator Segal's is one solution. It has been around for a while. Senator David Croll first mentioned it in his Senate report back in 1971. Senator Cohen and others subsequently have also touched on negative income tax.

The only way this would work is if it were done in concert with the provinces in terms of addressing the total picture. There is the question of affordable housing. There is the question of early childhood development. There are so many other aspects and elements that are part and parcel of it. Income support alone is not enough. There has to be this broader picture. I would like to see how this will all fit together.

s'est déjà fait dans le domaine de la politique sociale, nous risquons de nuire plus qu'autre chose en ce qui concerne les mesures incitatives, la motivation, l'impression qu'ont les gens d'avoir une certaine emprise sur leur propre vie.

Cela s'est vu aussi dans le domaine de la santé publique. Il suffit de penser à la prévention des maladies chroniques. C'est le débat éternel : faut-il adopter une approche générale de la population ou cibler des segments particuliers qui sont à risque élevé? Ni l'une ni l'autre des solutions ne permet de régler le problème en entier. Le débat vise à savoir l'équilibre qu'il faut retenir pour aboutir au meilleur résultat possible du point de vue de la santé et au plus mince écart possible entre les groupes. Par exemple, les personnes qui disposent d'un bon réseau d'amis et de parents, tous âges et sexes confondus, présentent un risque de mortalité qui est la moitié de celui de ceux qui ne peuvent compter sur un tel réseau, indépendamment du revenu et de tout le reste. Si nous ne permettons pas aux gens de s'engager dans la société civile, si nous ne les encourageons pas à le faire, nous allons manquer notre coup. De par leur ampleur, les mesures que nous adoptons relèvent de la politique et des politiques gouvernementales. J'inviterais seulement les gens à envisager les mesures qu'ils examinent, quelles qu'elles soient, dans le contexte d'une réflexion qui met ensemble tous les éléments du puzzle.

Le sénateur Eggleton : J'apprécie les réflexions livrées par M. Dodge à propos des premiers éléments de l'ordre de priorité. Le premier élément, c'est de faire le lien entre les questions liées à la santé publique et de s'attaquer au développement de la petite enfance.

S'il est question de développement de la petite enfance, je dirais que nous devons privilégier davantage l'apprentissage à cet âge. À ce sujet, le public croit que la responsabilité est principalement celle des parents. Toutefois, l'éducation fait partie des droits qui reviennent aux gens dans la société et se rapporte au développement de la société dans son ensemble. Nous devons privilégier davantage l'apprentissage des jeunes enfants. Oui, le travail des parents est important, mais les autres éléments de l'équation comme le travail des éducateurs à la petite enfance le sont aussi.

Je voulais parler aussi de l'intervention du sénateur Segal. Premièrement, je garde l'esprit ouvert à ce sujet. Évidemment, c'est attrayant. Ceux parmi nous qui étudient la question de la pauvreté au Sénat se débattent avec les différentes façons de procéder, et la solution proposée par le sénateur Segal en est une. C'est une solution qui est proposée depuis un certain moment déjà. Le sénateur David Croll l'a mentionnée pour la première fois dans son rapport au Sénat en 1971. Le sénateur Cohen et d'autres encore ont traité de la question de l'impôt négatif par la suite.

Cela fonctionnerait uniquement si la mesure est appliquée de concert avec les provinces en tenant compte d'une vision globale des choses. Il y a la question de l'abordabilité des logements. Il y a la question du développement de la petite enfance. Il y a tant d'autres aspects et éléments qui font partie intégrante du problème. À lui seul, le soutien du revenu ne suffit pas à la tâche. Il faut qu'il y ait cette vision d'ensemble. J'aimerais voir comment tous ces morceaux s'imbriquent.

I will get a little political here for a minute, because I have a concern. Senator Segal says, well, Monte Solberg is interested in doing some work and study on this issue. I think that is good. I would be more interested in knowing what the guy in the front office thinks about this because, ultimately, we hear that is where all decisions are made. However, this current government has more focus on the particulars of the constitutional division vis-à-vis the federal government and the provinces. It has the philosophy of less government is better government. Therefore, I wonder in all of that how much attention will be paid to pulling all these pieces together since many of these pieces are and would continue to fall in provincial jurisdiction.

If a negative income tax is implemented, it has to be looked at as a whole package. How much interest would there be in that given the government's direction? At the end of the day, would this be a method of simply washing its hands of the whole thing? Put in the negative income tax; that is income support; we will do that; we are federal. Now go away, provinces, you do your own thing. I know you do not think that and I would hope that would not be the case. However, anything you could say to overcome that political suspicion I have would be helpful.

Mr. Reading: The issue of public health is extremely important. I think Dr. Butler-Jones talked about correlation and causation. When we model health and wealth, we come up with a linear pattern, but that distribution is not perfect. There are points above the line of identity and points below the line. That means some communities at an equal level of wealth are more resilient than others. Income alone is not the only answer.

Issues around culture and community readiness are connected to this concept of resiliency. That focus is something where we look at promising practices. We look at community development projects that have achieved a level of success and how we model that in the context of improving income.

When we talk about fixed income in the context of Aboriginal and Northern communities, we have to ask ourselves what the cost is of an essential basket of health determinants in these circumstances that are different from our own. We could look at the cost of adequate food, water, housing and education and apply a certain amount of money to that. However, we know the cost and availability of this basket of essential services varies a great deal across the country. We have to look at a means test in filling that basket with what we consider to be the essential things that would optimize the developmental trajectories of children as they progress through the life course.

Data presented from CIHI showed an 11 year gap comparing the life expectancy for men between Nunavut and British Columbia. That means children will have a life expectancy of 11 years less than other Canadian children will if they happen to

Je vais donner un peu dans la politique pour un moment, car j'ai une préoccupation à soulever. Le sénateur Segal dit : Eh bien, Monte Solberg voudrait étudier cette question. Cela me paraît bien. J'aimerais savoir avant tout ce que le grand patron pense de cette histoire-là, car, au bout du compte, nous entendons dire que c'est là que toutes les décisions se prennent. Cependant, le gouvernement en place se concentre davantage sur les aspects particuliers du partage constitutionnel des compétences entre le gouvernement fédéral et les provinces. Son idée, c'est qu'il faut moins recourir à l'État pour mieux gouverner. Je me demande donc, face à tout cela, quelle attention sera accordée à l'idée de rassembler tous les morceaux du puzzle, étant donné que bon nombre des morceaux en question relèvent et relèveraient toujours de la compétence provinciale.

Si un impôt négatif est instauré, il faut le voir dans un ensemble. Quel intérêt y serait accordé, étant donné l'orientation du gouvernement en place? Au bout du compte, serait-ce une façon pour lui de simplement s'en laver les mains? Instaurez donc l'impôt négatif; c'est un soutien du revenu; nous allons adopter cette mesure; nous formons le gouvernement fédéral. Maintenant, allez-vous-en, provinces, faites ce que vous avez à faire. Je sais, vous ne pensez pas cela; j'espère que ce ne serait pas le cas. Tout de même, tout ce que vous pouvez dire pour vaincre ma méfiance politique serait utile.

M. Reading : La question de la santé publique est extrêmement importante. Je crois que le Dr Butler-Jones a parlé de corrélation et de causalité. La modélisation de la santé et de la richesse fait voir une courbe linéaire, mais la distribution n'est pas parfaite. Il y a des points au-dessus de la ligne d'identité et des points sous la même ligne. Cela veut dire que certaines collectivités, dont la richesse est par ailleurs égale, résistent mieux que d'autres. Le critère du revenu à lui seul n'explique pas tout.

Les questions liées à la culture et à la capacité de la collectivité sont liées à ce concept de résilience. Ce sont les pratiques prometteuses qui retiennent notre attention. Nous regardons les projets de développement communautaire qui ont atteint un certain degré de succès et voyons comment nous pouvons modéliser le phénomène dans le contexte d'une amélioration du revenu.

S'il est question d'un revenu fixe pour les collectivités autochtones et du Nord, nous devons nous demander ce que coûterait un ensemble de déterminants essentiels de la santé dans une situation qui est différente de la nôtre. Nous pourrions déterminer ce qu'il en coûte pour une nourriture, une eau, un logement et un enseignement adéquats, et affecter une certaine somme d'argent à cela. Cependant, nous savons que le coût et la disponibilité de cet ensemble de services essentiels varient grandement d'un endroit à l'autre au pays. Il nous faut envisager un critère du revenu à cet égard, compte tenu de ce que nous tenons pour essentiel et qui optimiserait le développement des enfants pendant leur vie.

Les données présentées par l'ICIS font voir une différence de 11 ans entre l'espérance de vie des hommes au Nunavut et celle des hommes en Colombie-Britannique. Cela veut dire que les enfants ont une espérance de vie inférieure de 11 ans à celle des

be born in the part of Canada called Nunavut. That is less than what male children in Turkey can expect which is a middle income country. That is a severe problem for Canada. I would say it is connected to double jeopardy. It is connected to the fact that these communities have to pay more for what I call this basket of essential health determinants and they have fewer resources to pay for them. It is not as simple as applying a national minimum requirement saying we will take everyone out of poverty. There are community circumstances that are different and the cost of creating a level playing field will be different. That holds true for other circumstances as well.

Ms. Yalnizyan: There is a reason to row in the same direction where so many committees and various governments are going. I echo what Mr. Dodge has said. It is easier to talk about what is happening to kids than almost any other group. You could affect a huge swath of Canadians. Forty-seven per cent of Canadians live in households raising children under the age of 18.

If you want to do a negative income tax, the Canada Child Tax Benefit is there. It is in place. It brings lots of people forward. You do not need to reinvent the wheel. You need to augment the wheel. However, as we said over and over again, income supports are not enough to deal with either poverty or with the determinants of health. There is a committee chaired by Senator Eggleton that talks about the critical nature of housing. This is something the federal government played in between 1948 and 1993. It is time to get the feds back into the game.

We keep bringing immigrants into this country to deal with the critical labour shortages. They come to the largest cities where there are already housing shortages There is no way those municipalities and provinces can deal with those pressures without some federal vision connecting the need to bring people into the country and where they will live when they come here to help us with our labour shortages.

There is a large federal role in housing, early childhood develop, income support. However, I do not think you can parse it out and say this is the magic bullet.

The Chair: The clock tells us we have to suspend for lunch. I want to thank everyone for the very candid conversation this morning. It has been extremely helpful. We have gleaned a great deal already and we are looking forward to this afternoon.

autres enfants canadiens, s'ils se trouvent à naître dans la partie du Canada qui s'appelle Nunavut. C'est inférieur à ce à quoi peut s'attendre un garçon turc, dans un pays à revenu intermédiaire. C'est un grave problème pour le Canada. Je dirais que c'est lié à une sorte de double péril. C'est lié au fait que les collectivités en question doivent payer davantage pour cet ensemble de déterminants essentiels de la santé dont j'ai parlé tout en ayant moins de ressources pour se les procurer. Il ne suffirait pas de dire que nous allons appliquer une exigence minimale nationale pour que plus personne n'ait à vivre dans la pauvreté. Il y a des collectivités dont la situation n'est pas la même et où le coût pour égaliser les chances ne serait pas le même non plus. Cela vaut pour d'autres situations aussi.

Mme Yalnizyan : Il y a une raison de se lancer dans la même direction qu'un si grand nombre de comités et d'administrations diverses. Je me ferai l'écho de ce que M. Dodge a dit. Il est plus facile de parler de la vie des enfants que de la vie de n'importe quel autre groupe ou presque. Vous touchez tout un ensemble de Canadiens. Quarante-sept pour cent des Canadiens vivent dans un ménage où il y a des enfants de moins de 18 ans.

Si vous souhaitez implanter un impôt négatif, la Prestation nationale pour enfants du Canada est là. Elle est en place. Elle fait avancer bien du monde. Vous n'avez pas à réinventer la roue. Vous n'avez qu'à faire grossir la roue. Tout de même, comme nous l'avons dit maintes et maintes fois, le soutien du revenu ne suffit pas à enrayer la pauvreté ou à infléchir les déterminants de la santé dans le bon sens. Le sénateur Eggleton préside les travaux d'un comité qui se penche sur la nature capitale du logement. C'est un domaine où le gouvernement fédéral a joué un rôle entre 1948 et 1993. Le moment est venu pour l'administration fédérale d'entrer dans la danse à nouveau.

Nous ne cessons de faire venir des immigrants au pays pour composer avec les graves pénuries de main-d'œuvre que nous connaissons. Ils s'installent dans les grandes villes, là où il y a déjà une pénurie de logements. Les municipalités et les provinces n'ont aucune façon de composer avec les pressions que cela donne, en l'absence d'une quelconque vision fédérale qui fait le lien entre le besoin de faire venir des gens au pays et le lieu où ils vont s'installer une fois arrivés pour combler nos pénuries de main-d'œuvre.

Le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans le dossier du logement, le dossier du développement des jeunes enfants, le dossier du soutien du revenu. Tout de même, je ne crois pas qu'on puisse affirmer que c'est là la panacée à la suite de quelques savantes analyses.

Le président : L'horloge nous fait voir qu'il est temps de suspendre les travaux pour le repas du midi. Je tiens à remercier tout le monde de la conversation très franche que nous avons eue ce matin. Cela a été extrêmement utile. Nous avons glané quantité d'informations déjà, et nous avons hâte de reprendre cet après-midi.

The committee resumed.

The Chair: Honourable senators, guests, ladies and gentlemen, we will begin the afternoon session now. I hope it is as interesting, productive and animated as this morning was, because we are focused on some of the issues we need to address.

Again, I turn it over to Mr. Lewis.

Mr. Lewis: Thank you, senator.

This afternoon we hone in on, in a sense, the broader small and the political agenda for a disparities reduction initiative. How do we galvanize more support for this initiative? We have not talked much about the roles of sectors other than government sectors, but there is obviously a non-governmental sector, a private sector, and citizens to engage with this issue.

Hence, we asked for two presentations from people who have lived in different sectors and who have taken a long, hard look at some of these issues. We hope they will enlighten us as to how some of these cross-sectoral partnerships might be built.

We will start with the Honourable Monique Bégin, and then move on to Senator Art Eggleton.

Hon. Monique Bégin, P.C., Commissioner, World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health: I learned late yesterday that Ms. Yeates would use that beautiful Powerpoint presentation, which I could not emulate because I was attending meetings and then a conference at night. Before midnight, I quickly wrote down some points, more for myself, and I have already changed some of them in my head. Of course, it is pretty dirty to ask a Liberal to speak about the politics of today. I will do my best in terms of eternal truths about politics.

I will start with how social change occurs. For decades, I have been interested in that issue. It is now known that social change occurs both from the bottom up and from the top down, and it usually starts at the grassroots level. Cause X, Y, or Z finds at one point a champion at a high political level. That is the history of social change; for instance, the civil rights movement in the United States. It is documented in the past and in the present all over the world, as a general rule. Of course, someone will come up with an exception, but that is the general rule.

The demand from the grassroots or civil society — whatever name we want to use — for addressing the social determinants of health, in my perception — which is that of a learned citizen but not of someone from within politics, government, or any decision-making body — is not visible in Canada these days. The demand may exist, but it is fragmented and, in my opinion, unidentifiable for the political order at this point in time.

Le comité reprend ses travaux.

Le président : Honorables sénateurs, chers invités, mesdames et messieurs, nous allons entamer dès maintenant la séance de l'après-midi. J'espère que ce sera aussi intéressant, aussi productif et aussi animé que ce matin. Nous sommes concentrés sur certaines des questions qu'il faut régler.

Encore une fois, je cède la parole à M. Lewis.

M. Lewis : Merci, sénateur.

Cet après-midi, nous allons nous concentrer, d'une certaine façon, sur le tableau d'ensemble et le programme d'action politique associé à une initiative de réduction des disparités. Comment mobiliser davantage le soutien en faveur de cette initiative? Nous n'avons pas beaucoup parlé du rôle de secteurs autres que celui des gouvernements, mais il y a évidemment le secteur non gouvernemental, le secteur privé, et les citoyens qui peuvent aborder la question.

Nous avons donc demandé à deux personnes qui ont évolué dans des secteurs différents et qui ont réfléchi longuement et sérieusement à certaines des questions en jeu de nous présenter un exposé. L'espoir, c'est que cela nous éclairera quant à la manière dont les partenariats intersectoriels dont il est question pourraient être édifiés.

Nous allons commencer par écouter L'honorable Monique Bégin, puis nous céderons la parole au sénateur Art Eggleton.

L'honorable Monique Bégin, C.P., commissaire, Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé : J'ai appris tard, hier, que Mme Yeates allait utiliser la belle présentation PowerPoint que nous avons vue, que je ne pouvais émuler parce que j'ai assisté à des réunions puis à une conférence, en soirée. Avant minuit, j'ai jeté rapidement sur papier quelques points à souligner, pour moi-même, essentiellement, et j'en ai déjà modifié quelques-uns dans ma tête. Bien sûr, demander à une libérale de se prononcer sur la politique d'aujourd'hui, c'est assez bas. Je vais faire de mon mieux pour énoncer quelques vérités éternelles à propos de la politique.

Je vais parler d'abord de la façon dont le changement social s'effectue. Depuis des décennies, je m'intéresse à cette question. Je sais maintenant que le changement social peut emprunter la voie ascendante aussi bien que la voie descendante et que, habituellement, il commence à la base. À un moment donné, la cause X, Y ou Z trouve un haut placé pour la défendre. Voilà l'histoire du changement social; c'est le cas par exemple du mouvement des droits civils aux États-Unis. Le phénomène a été attesté dans le passé et il l'est encore aujourd'hui partout dans le monde, en règle générale. Bien entendu, quelqu'un peut trouver une exception à la règle, mais c'est tout de même la règle générale.

L'exigence provenant de la base ou de la société civile — utilisez le terme que vous voulez — en faveur de mesures touchant les déterminants sociaux de la santé, selon moi — c'est-à-dire selon un citoyen instruit qui n'évolue toutefois pas dans le monde politique ou gouvernemental, ou dans quelque organe décisionnel — n'est pas évident au Canada en ce moment. L'exigence existe peut-être, mais elle est fragmentée et, à mon avis, impossible à cerner pour le pouvoir politique en ce moment.

However, there is a long-standing tradition in Canada of demanding what amounts to policy along the lines of social determinants of health, but the sector does not call it social determinants of health and does not feel comfortable at all with that labelling.

I did not discover that by myself. It is thanks to the leadership of the Canadian Reference Group set up by the Public Health Agency that we consulted some civil society NGO groups, and that message came out loud and clear.

Most civil society NGOs in the field of social justice, social planning, and all social advocacy — anti-poverty, status of women, public housing and I could name many more — which are all pieces of social determinants of health, have recently seen their federal grant contribution or assistance reduced or cancelled. Lack of funding limits enormously their capacity and it even prevents them from any networking or joining of efforts vis-à-vis a certain initiative.

Moving on to social determinants of health, we cannot avoid stating that it is value based and value-laden. It is not obvious that the usual themes of social justice or equity would trigger any governmental action.

A business case for the social determinants of health has not yet been developed in Canada. Canada is not the only one that has that problem. Our international World Health Organization, WHO, commission is also struggling with that problem. We do not have a business case to prove that if we invest in a certain area, we save in another area.

However, we have common sense and we have fragmented evidence. For example, Diana MacKay may share with us statistics she quoted yesterday of the cost of absenteeism vis-à-vis the economy and the health care system.

The business case has not yet been developed, and it is essential and urgent. I am stealing words from Senator Keon. Generally, we over-invest in the high-tech medical health care system, which is not sustainable the way it is, and that is the problem of every province and every actor.

The last observation on social change is that it is, by nature, long term rather than short term; and governments are, by nature, the exact opposite.

The federal government has a direct responsibility and mandate for Aboriginals' health and general well-being, both on reserve and in urban Canada. The government has a shared responsibility for housing and, in particular, public or social housing. The government implements income redistribution,

Cependant, exiger ce qui revient à une politique fondée plus ou moins sur les déterminants sociaux de la santé est une tradition de longue date au Canada, mais le secteur ne parle pas de déterminants sociaux de la santé et n'est pas du tout à l'aise avec cette façon d'étiqueter le phénomène.

Je n'ai pas fait cette découverte par moi-même. C'est grâce aux directives du Groupe de référence canadien mis sur pied par l'Agence de la santé publique que nous avons consulté certains groupes d'ONG membres de la société civile. Ce message-là en est ressorti sans aucune équivoque.

La plupart des ONG membres de la société civile dans le domaine de la justice sociale, de la planification sociale et de l'ensemble des actions sociales — lutte contre la pauvreté, promotion de la cause des femmes, promotion du logement social et je pourrais en nommer bien d'autres encore, qui sont autant d'éléments des déterminants sociaux de la santé — ont récemment vu être réduite sinon carrément éliminée leur aide ou subvention fédérale. Le manque de financement limite énormément leur capacité et les empêche même de travailler en réseau ou de se joindre à d'autres organismes en rapport avec une certaine initiative.

Pour parler des déterminants sociaux de la santé, disons que nous ne pouvons manquer d'affirmer que l'idée est fondée sur des valeurs. Elle est tout à fait empreinte de valeurs. Il n'est pas évident de conclure que les thèmes habituels de la justice sociale ou de l'équité pousseraient le gouvernement à agir de quelque façon.

Nous n'avons pas encore mis au point un argumentaire en faveur des déterminants sociaux de la santé au Canada. Le Canada n'est pas le seul pays à avoir ce problème-là. Notre commission à l'Organisation internationale de la santé, l'OMS, se débat avec le même problème. Nous n'avons pas l'argumentaire nécessaire pour prouver que, dans la mesure où nous investissons dans un dossier, nous économisons dans un autre.

Cependant, nous sommes dotés de sens commun et nous avons des éléments de preuve fragmentés. Par exemple, Diana MacKay peut nous signaler les statistiques qu'elle a citées hier quant au coût de l'absentéisme dans l'économie et au réseau de la santé.

L'argumentaire n'a pas encore été mis au point; or, il est essentiel et urgent de le faire. Je vole la phrase du sénateur Keon. En règle générale, nous investissons trop dans le réseau technicomédical de pointe, qui n'est pas durable comme il est, et c'est là le problème de toutes les provinces et de tous les intervenants.

La dernière observation que je vais formuler sur le sujet est la suivante : le changement social, de par sa nature même, se situe dans une perspective à long terme plutôt qu'à court terme; or, étant donné la nature des gouvernements, c'est tout à fait l'inverse.

Le gouvernement fédéral a la responsabilité directe de la santé et du bien-être général des Autochtones, dans les réserves et en milieu urbain au pays, et il est mandaté pour agir en ce sens. Le gouvernement a une responsabilité partagée en ce qui concerne le logement et, en particulier, le logement social. Par le truchement

regressive or positive — and it has been regressive for years — to individuals through the income tax system. For the last few years, it has benefitted from financial surpluses, and will benefit from surpluses in the coming years, even if they are at lower levels. The federal government delivers entrenched and ad hoc transfer payments to provinces and has a constitutional responsibility of equalization throughout the regions of Canada.

Of course, the federal government will dodge the issue — I do not point to any individual, but it is human nature — on the grounds that health is a provincial matter. It is too easy to do that when we speak of social determinants of health. However, the government should be held accountable for its various federal responsibilities.

The provinces are probably the most important actors. I think if one province begins to focus on the social determinants of health, it would have a snowball effect.

I was interested to hear Ms. Yalnizyan's comments earlier, when she gave us a concrete example from which she concludes that the landscape may be changing. She referred to the Ontario special mandate that Minister Deb Matthews has to fight poverty. I do not know any more about that mandate. It is still in its infancy. The question remains as to how some provinces become involved, from what basis and for what reason.

It seems to me that the municipal and regional levels of government can play a critical positive, although limited, role. At least, I see that at first glance. I started thinking about that role when a colleague on the commission told me about the healthy city programs, which we no longer speak of in Canada but which are alive and well in parts of Europe.

My neighbour has been in charge of the biggest city of the country and may want to comment on what is feasible in regard to housing, urban planning, urban transport, and parks and recreation.

Cities deliver social services in some parts of the country. They can move on their own on many issues with minimum interference of politics at other levels of government. I think there is a space where they can do things and they do not need to wait for their peers to be ready. One city here and one city there can do things on their own that are positive.

The fourth report by this subcommittee offers operational mechanisms or tools for working on social determinants of health at the federal level. Some of these mechanisms have been tried and have failed for whatever reason, for example, national health goals. In my judgment, this mechanism is a failure, as is the Kelowna Accord, which Mr. Reading mentioned this morning.

du régime fiscal, le gouvernement impose aux particuliers une certaine redistribution des revenus, que ce soit de manière régressive ou positive — et c'est régressif depuis des années. Depuis quelques années, il accumule les excédents et il le fera pour les années à venir, même si ce sera des sommes moins importantes. Le gouvernement fédéral effectue des paiements de transfert officiels et ad hoc vers les provinces et est responsable constitutionnellement de la péréquation au profit de l'ensemble des régions du Canada.

Bien entendu, le gouvernement fédéral esquivera la question — je ne montre personne en particulier du doigt, mais c'est là la nature humaine — en prétextant que la santé est une responsabilité provinciale. Il est trop facile d'affirmer cela là où il est question des déterminants sociaux de la santé. Cependant, le gouvernement devrait être obligé de rendre des comptes au sujet des diverses responsabilités fédérales qui lui reviennent.

Les provinces sont probablement les intervenants les plus importants. À mon avis, si une seule province commence à se concentrer sur les déterminants sociaux de la santé, cela ferait boule de neige.

Mme Yalnizyan a piqué mon intérêt plus tôt lorsqu'elle nous a donné un exemple concret à partir duquel elle conclut que le paysage est peut-être en train de changer. Elle a parlé du mandat spécial qui est accordé à la ministre Deb Matthews en Ontario pour la lutte contre la pauvreté. Je n'en sais pas plus sur le mandat en question. Le projet en est encore à ses premiers balbutiements. Il reste à savoir dans quelle mesure certaines provinces voudront s'engager là-dedans, en se fondant sur quoi et pour quelle raison.

Il me semble que les administrations municipales et régionales peuvent jouer un rôle positif et capital, quoique limité. Tout au moins, c'est ce que je vois à première vue. J'ai commencé à réfléchir à ce rôle-là lorsqu'un collègue membre de la commission m'a parlé des programmes des villes-santé, dont nous ne parlons plus au Canada, mais qui fonctionnent toujours très bien dans certains coins en Europe.

Mon voisin s'occupe de la plus grande ville du pays depuis un certain temps, et voudra peut-être parler de ce qui est faisable en ce qui concerne le logement, l'urbanisme, le transport en milieu urbain, les parcs et les loisirs.

Les villes fournissent les services sociaux dans certaines régions du pays. Elles peuvent agir en rapport avec de nombreuses questions moyennant une ingérence politique minimale de la part des autres ordres de gouvernement. Je crois qu'elles disposent d'une marge de manœuvre et qu'elles n'ont pas à attendre que leurs pairs soient prêts. Une ville par ici, une ville par là peuvent agir de manière positive de leur côté.

Le quatrième rapport de votre sous-comité propose des mécanismes opérationnels ou des outils de travail en rapport avec les déterminants sociaux de la santé à l'échelon fédéral. Certains des mécanismes en question ont été mis à l'essai, ce qui a donné un échec, pour une raison ou une autre. C'est le cas par exemple des objectifs nationaux en matière de santé. À mon avis, ce mécanisme-là est un échec, tout comme l'Accord de Kelowna, que M. Reading a mentionné ce matin.

In my political opinion, these mechanisms will not be revived easily. When the opportunity has been wasted, and investment of heart, intelligence, time and energy has been wasted, people will not be ready tomorrow morning to start again. I flag that situation.

Other such mechanisms have not yielded obvious or concrete results. Here I want to say a word about the famous federal-provincial-territorial layers of committees. I no longer practice that approach. I never did, in fact.

From the outside, that mechanism would be the ideal one because it would involve all the key players — the feds, the provinces and the territories — but from the outside, it looks as though there are millions of subcommittees of subcommittees of committees, and it looks a bit paralyzed. I do not know how that mechanism can be reformed to deliver. I do not know that, but it is worth some work by experts on what the conditions for success should be because it remains the ideal mechanism, as far as I am concerned.

One mechanism that the report does not list at all is that of every department having a research and planning branch. The research capacity of the federal government, from which I benefited enormously when I was there, no longer exists. It has not been there for many years, and there is no institutional memory in many fields. Consultants who are paid good money phone people for their views, free of charge, of course. I am always in meetings. I have so many meetings I can never return the phone calls. It is all fragmented. The people they call do not have a responsibility except to give their opinion. They do not belong to an entity, so it is worth studying whether that research and planning capacity should be reinstated, under one form or another, in the federal government.

That notion takes me to the intersectoral mechanism, or, as some call it, "whole of government," that is needed to undertake social determinants of health.

If I can share international observations we made at the WHO commission, it takes not only a nice network of deputy ministers — like the one that exists now, and I do not criticize it; it is probably good to exchange ideas and whatnot — but a full-fledged cabinet committee that is intersectoral on social determinants of health with whatever number of departments it takes, chaired by a powerful minister. In country after country, we were told that it should be chaired preferably by the president or the prime minister, or the deputy prime minister or the minister of finance. In the case of Sri Lanka, the Minister of Health is number two in personal power of that country and close to the prime minister. With that exception, such a cabinet committee should not be chaired by the minister of health. In Canada, the rule applies particularly at the provincial level. In my time, it applied federally as well.

Si vous voulez mon point de vue politique sur la chose, ces mécanismes-là ne seront pas facilement ressuscités. Là où une occasion a été gaspillée et que l'investissement — l'élan du cœur, l'intelligence, le temps et l'énergie — s'est fait en vain, les gens ne seront pas prêts à reprendre le flambeau dès le lendemain matin. Je vous signale la situation.

D'autres mécanismes du genre n'ont pas débouché sur des résultats évidents ou concrets. Je voudrais maintenant toucher un mot au sujet du fameux foisonnement des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux. Je ne recours plus à cette approche-là. En réalité, je ne l'ai jamais fait.

De l'extérieur, je dirais qu'il s'agit là du mécanisme idéal parce qu'il fait appel à tous les intervenants clés — le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires —, mais, à l'extérieur, on a l'impression qu'il y a des millions de sous-comités de sous-comités de comités et ça semble être plus ou moins paralysé. Je ne sais pas comment on procéderait pour réformer le mécanisme. Je ne le sais pas, mais il vaudrait la peine que des experts se penchent sur les conditions à mettre en place pour que ça réussisse, étant donné qu'il s'agit du mécanisme idéal, selon moi.

Il y a un mécanisme dont le rapport ne fait pas état : c'est le fait que tous les ministères disposent d'une direction générale de la recherche et de la planification. La capacité de recherche du gouvernement fédéral, dont j'ai profité énormément au moment où j'y étais, n'existe plus. Elle n'existe plus depuis de nombreuses années, et la mémoire institutionnelle fait défaut dans de nombreux domaines. Des experts-conseils grassement rémunérés téléphonent aux gens pour obtenir leurs points de vue, sans frais, bien entendu. Je suis toujours en réunion. Je suis si souvent en réunion que je ne peux jamais retourner mes appels. Tout est fragmenté. Les gens qu'ils appellent n'ont pas de responsabilités sauf quand il s'agit de donner leur avis. Ils n'appartiennent pas à une entité; il vaudrait donc la peine d'étudier la question pour savoir s'il serait possible de rétablir cette capacité de recherche et de planification, sous une forme ou une autre, au gouvernement fédéral.

Cela m'amène à parler du mécanisme intersectoriel, que certains appellent également l'approche « pangouvernementale », qui est nécessaire si on veut adopter pour ainsi dire les déterminants sociaux de la santé.

Si vous permettez que je vous fasse part des observations internationales auxquelles j'ai eu droit à la commission de l'OMS, il faut non seulement un joli réseau de sous-ministres — comme celui qui existe en ce moment, et que je ne critique pas, il est probablement bien d'échanger des idées et tout le reste —, mais plutôt un comité du cabinet de plein droit qui est de nature intersectorielle et aborde les déterminants sociaux de la santé, en faisant appel au nombre de ministères qu'il faut, et dont le président est un ministre puissant. Pays après pays, les gens nous ont dit que ce serait de préférence le président ou le premier ministre, sinon le vice-premier ministre ou le ministre des Finances, qui serait à la tête du comité en question. Dans le cas du Sri Lanka, le ministre de la Santé vient au deuxième rang parmi les personnages d'influence au pays et il est proche du premier ministre. À cette exception près, il ne faudrait pas que ce

Ministers of health have the biggest share of the government budget. The natural fear of imperialism, which at times is not only a fear but a reality, and the fact that the minister of health is the voice of the most powerful lobby of any society, in my humble opinion and experience, namely, organized medicine, play against these ministers. I checked my figures last night, and those of you from the Public Health Agency were right. In Canada, the aborted initiative in 1997 followed the national forum on health. One of the problems was that the other departments and the other players were not convinced. Therefore, the minister of health should not chair this cabinet committee.

While the report speaks of mechanisms, it does not touch on the theme to be chosen. The ideal theme is the comprehensive approach. I will use that word in the sense of moving together on everything, an integrated approach.

Maybe it will happen, but I rely on the nature of politics, which is the art of the possible. Canada's culture has most often been a case of small steps, an incremental approach building on existing blocks. That is what might happen but anything can happen.

What I think — I handwrote it for myself this morning — is that my ideal and what I have been fighting for in my international commission is to start with early childhood development, giving a good start in life.

I forgot one thing when I spoke of social change. It was through the Royal Commission on the Status of Women, of which I was the executive secretary way back then, that I discovered the world as well as our society. Social change occurs through many parallel avenues that are not necessarily connected. We do not have the time to connect them and should not even try, and the sum total does the job, if that makes any sense.

In that sense, if I pick one goal, it is childhood education. I do not have any dispute with that goal. My practical problem, which is why I eliminated it from my written notes, is that in Canada today, early childhood development, which includes pre-birth and maternal health, might well be reduced to day care, and that is a no-no because of the current government. I am speaking pure politics and the way I read it. I may be wrong.

I enjoyed the discussion between Senator Segal and Mr. Dodge. Mr. Dodge appeared to be strongly opposed to the Guaranteed Income Supplement at first, almost on principle, favouring instead early childhood development. In fact, as the only means, it seems to me, for the feds to act regarding early childhood development is to increase the child benefit. The real

soit le ministre de la Santé qui préside le comité. Au Canada, la règle s'applique particulièrement à l'échelle provinciale. Dans mon temps, elle s'appliquait à l'échelle fédérale aussi.

Les ministres de la Santé accaparent la plus grande part du budget de l'État. La crainte naturelle que les gens ont de l'impérialisme, qui n'est pas toujours qu'illusion, et le fait que le ministre de la Santé représente le lobby le plus puissant qui soit dans toute société, à mon humble avis et d'après mon expérience, soit la médecine organisée, sont des facteurs qui jouent contre ces ministres. J'ai vérifié les statistiques hier soir : ceux parmi vous qui travaillent à l'Agence de la santé publique aviez raison. Au Canada, le projet avorté de 1997 faisait suite au forum national sur la santé. Un des problèmes qu'il y a eus, c'est que les autres ministères et les autres intervenants n'étaient pas convaincus. Par conséquent, le ministre de la Santé ne devrait pas présider ce comité du cabinet.

Le rapport traite de mécanismes, mais il ne dit rien du thème à choisir. Le thème idéal, c'est l'approche globale. J'utiliserai cette expression-là pour parler d'un mouvement qui fait que tout le monde converge, pour dire que c'est une approche intégrée.

Peut-être que ça se fera, mais je compte sur la nature de la politique, qui demeure l'art du possible, pour en décider. Le plus souvent, par le passé, la mentalité du Canada a été celle des petits pas, d'une approche progressive qui repose sur des éléments existants. C'est ce qui pourrait arriver, mais tout peut arriver.

Ce que je crois — je me suis fait une note manuscrite ce matin —, c'est que mon idéal et ce pourquoi je me bats à ma commission internationale, c'est que l'on insiste d'abord sur le développement de la petite enfance, pour que les gens commencent bien leur vie.

J'ai oublié de dire une chose au moment où je parlais du changement social. C'est par la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme au Canada, dont j'ai été la secrétaire générale il y a un bon moment de cela, que j'ai découvert le monde ainsi que notre société. Le changement social se produit suivant un grand nombre de voies parallèles qui ne sont pas nécessairement reliées entre elles. Nous n'avons pas le temps de les relier entre elles et nous ne devrions même pas essayer de le faire, et c'est la somme de tout cela qui nous permet d'aboutir aux résultats, si ce que je viens de dire a un sens.

Dans ce sens-là, si j'ai un seul objectif à choisir, c'est l'apprentissage des petits enfants. Je ne remettrais nullement en question cet objectif-là. Mon problème pratique, et c'est pourquoi je l'ai rayé de mes notes manuscrites, c'est que, au Canada, aujourd'hui, la notion de développement de la petite enfance, qui comprend la période préalable à la naissance et la santé maternelle, pourrait bien être assimilée à un travail de garderie, ce qui est à proscrire étant donné le gouvernement en place. J'interprète la donne politique, c'est comme cela que je le vois. J'ai peut-être tort.

J'ai apprécié la discussion qu'il y a eu entre le sénateur Segal et M. Dodge. M. Dodge semblait s'opposer vivement au supplément de revenu garanti au début, presque pour une question de principe, en favorisant plutôt le développement de la petite enfance. De fait, selon moi, la seule façon pour le gouvernement fédéral d'agir en rapport avec le développement de

difference between Senator Segal's and Mr. Dodge's options is about the total cost of expenditures involved in each case, Senator Segal's options ending up in a higher cost than Mr. Dodge's.

I tried to find a politically "neutral" theme, and I thought of housing, meaning public or social housing. A good case can be made for that investment. The lack of investment by many governments of all colours is such that the present stock is in bad shape, let alone that we have not met the new need.

Returning to the conceptual level, when trying to create a demand within public opinion, I have observed that both the notion of "gap" and the notion of "gradients" work. Gradients are much more powerful because they involve 80 per cent of Canadians, not only the top 20 per cent but all below.

Senator Eggleton: Senators have a lot of political will. We do not have a lot of political power, but if we conduct our research thoroughly, come up with good evidence-based recommendations and find public appeal to centre them on, then I think we have some influence. A good example was the mental health report produced by the full Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology under chair Michael Kirby and deputy chair Senator Keon.

That report was adopted by the government. I like that, and I hope that whatever comes out of this study will have that kind of success.

Talking about public appeal reminds me of the discussion we had on early learning and child care. Much more mileage and a lot more resonance with the public is to be gained on the issue of child poverty than on adult poverty, although we all know that children are in poverty because their parents are in poverty. Do not dismiss that, though, because resonating with the public in that way can be valuable in reaching the same end. However, we must deal with evidence-based recommendations, public appeal and all those components.

We have a complication at our committee because we come at some of these same issues in a different way. At this committee, we talked a lot about poverty, which is one of the major social determinants of population health. The Subcommittee on Cities is now studying poverty, housing and homelessness. When we finish this study, by the end of the year, we will go into other segments dealing with issues in cities such as transportation and immigration.

In that respect, the two subcommittees have a lot in common. They have even held joint hearings because much of the evidence is valuable to both.

la petite enfance consiste à majorer la prestation pour enfants. La différence réelle entre l'option du sénateur Segal et celle de M. Dodge réside dans le coût total des dépenses de part et d'autre, l'option du sénateur Segal étant plus chère que celle de M. Dodge.

J'ai essayé de trouver un thème politiquement « neutre ». J'ai pensé au logement, c'est-à-dire au logement social. On peut défendre les mérites d'un investissement à cet égard. Le manque d'investissements de nombreuses administrations, toutes allégeances confondues, est tel que le parc actuel est en mauvais état, alors, les besoins nouveaux, nous n'y avons pas répondu non plus.

Pour revenir à l'élément conceptuel, si on veut essayer de créer une demande du point de vue de l'opinion publique, j'ai remarqué pour ma part que la notion d'» écart » et la notion de « gradient » fonctionnent. Le gradient est beaucoup plus puissant parce qu'il s'agit de 80 p. 100 des Canadiens, et non seulement des 20 p. 100 supérieurs, mais tous ceux qui se trouvent en dessous.

Le sénateur Eggleton : Les sénateurs ont beaucoup de volonté politique. Nous n'avons pas beaucoup de pouvoir politique, mais dans la mesure où nous menons nos recherches rigoureusement, concevons de bonnes recommandations, fondées sur les faits, et trouvons la bonne façon d'en appeler au public, je crois que nous avons une certaine influence. Un bon exemple, c'est le rapport sur la santé mentale produit par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des séances et de la technologie sous la présidence de Michael Kirby et la vice-présidence du sénateur Keon.

C'est un rapport qui a été adopté par le gouvernement. J'apprécie ce fait et j'espère que l'aboutissement de votre étude, quel qu'il soit, obtiendra le même genre de succès.

L'idée de s'adresser au public me remet en mémoire la discussion que nous avons eue sur la garde d'enfants et l'apprentissage des jeunes enfants. Bien plus que la question de la pauvreté chez les adultes, la question de la pauvreté chez les enfants a une résonance chez les membres du grand public et emporte son adhésion, même si nous savons tous que les enfants sont pauvres parce que leurs parents sont pauvres. N'allez pas rejeter l'idée, tout de même, car trouver ce qui résonne chez les membres du grand public peut être utile pour arriver à la même fin. Cependant, nous devons nous concentrer sur des recommandations fondées sur les faits, sur l'idée de persuader le public et sur tous les autres éléments nommés.

Les choses se compliquent à notre comité parce que nous abordons les mêmes questions de façons différentes. Au comité, nous parlons beaucoup de la pauvreté, qui représente un des principaux déterminants sociaux de la santé de la population. Le sous-comité des villes se penche actuellement sur la pauvreté, le logement et l'itinérance. Au moment où nous aurons fini notre étude, d'ici la fin de l'année, nous aborderons d'autres thèmes applicables aux villes, par exemple le transport et l'immigration.

De ce point de vue-là, les deux sous-comités ont beaucoup de choses en commun. Il leur est même arrivé d'organiser des audiences conjointes, dans les cas où les témoignages recueillis étaient précieux pour l'un et l'autre.

In addition, on the recommendation of Senator Segal, the Standing Senate Committee on Agriculture and Forestry, chaired by Senator Fairbairn, deals with rural poverty. We must find horizontal links between the work of this committee and the agriculture committee on this subject. Let us at least ensure the committees do not conflict. We will have different reports, but hopefully the reports will be part of a broader picture that will help to advance the agenda. I believe we can accomplish that goal.

I wish to talk about political will in the government context. I was President of the Treasury Board in 1993. One of the first people I met was an assistant deputy minister by the name of Mel Cappe. He impressed upon me the need to have horizontal links within government. I thought that was a great idea. With all the stovepipe operations, we need horizontal links. I subsequently learned that trying to implement it is like pushing water uphill.

However, the idea is still worth pursuing because these things all link to each other, whether it be housing, early childhood learning, literacy or whatever. They cross into many different departments, and I believe we need whole-of-government or horizontal approaches.

Ms. Bégin touched on that need, and I agree with her that poverty must be championed from the top. The prime minister does not necessarily need to head up the committee, but the prime minister must make clear to whoever heads up the committee what the prime minister wants and the timetable within which to do it. Ontario now has that kind of cabinet committee, and I think it is a great idea. The premier does not head that committee, but it certainly has the premier's solid support and championship from the top.

That is what happened in the U.K. I think you all know that story with Tony Blair and Gordon Brown. Of course, they do not have provinces to worry about there, so they have a much simpler system to operate. We have three orders of government as well as the communities.

I have been at the local level of government as well, and I fully know that many programs and services relevant to population health will be delivered at that level, as well they should be.

We must recognize that Canada is now an urban country. Over 80 per cent of the people live in our cities and towns. Of course, in population health we must be concerned about 100 per cent, not only 80 per cent, but municipal organizations are the first responders in the government structure, and when over

En outre, sur la recommandation du sénateur Segal, le Comité sénatorial permanent de l'agriculture et des forêts, dont la présidence est assurée par le sénateur Fairbairn, se penche sur la question de la pauvreté en milieu rural. Nous devons trouver des liens horizontaux entre le travail de notre comité et celui du comité de l'agriculture à ce sujet. Essayons tout au moins de nous assurer qu'il n'y a pas d'incompatibilité. Nous produirons des rapports distincts, mais il est à espérer que ceux-ci s'inscriront dans un tableau d'ensemble qui permettra de faire progresser le dossier. Je crois que nous pouvons atteindre ce but-là.

Je veux parler de la volonté politique et du contexte gouvernemental. J'étais présidente du Conseil du Trésor en 1993. Une des premières personnes que j'ai rencontrées, c'est un sous-ministre adjoint du nom de Mel Cappe. Il a fait valoir à mon intention la nécessité de disposer de liens horizontaux au sein de l'administration gouvernementale. J'estimais que c'était une excellente idée. Avec tout le cloisonnement qu'il y a, il faut trouver des liens horizontaux. Par la suite, j'ai appris qu'essayer d'implanter cela, c'est comme essayer d'attraper un coup de vent au lasso.

Tout de même, il valait la peine de travailler à l'idée en question, car tous ces éléments sont reliés entre eux, qu'il s'agisse de logements, d'apprentissage chez les jeunes enfants, d'alphabétisation ou je ne sais pas quoi encore. Ils intéressent de nombreux ministères, et je crois qu'il nous faut instaurer des approches horizontales ou pangouvernementales.

Mme Bégin a parlé brièvement de ce besoin-là, et je suis d'accord avec elle pour dire qu'il faut que ce soit un haut dirigeant qui mène la charge contre la pauvreté. Le premier ministre n'a pas forcément à être à la tête du comité, mais il doit s'assurer d'indiquer clairement à quiconque l'est ce qu'il veut et l'échéancier qu'il fixe. L'Ontario compte maintenant un comité du cabinet de ce genre, et cela me semble être une excellente idée. Le premier ministre ne préside pas le comité en question, mais ce dernier compte certainement sur de solides appuis et une volonté de sonner la charge chez le premier ministre.

C'est ce qui est arrivé au Royaume-Uni. Je crois que vous connaissez tous l'histoire de Tony Blair et de Gordon Brown. Bien entendu, ils n'ont pas à se soucier des provinces là-bas; c'est un système dont le fonctionnement est beaucoup plus simple. Nous avons trois ordres de gouvernement ici aussi bien que les collectivités.

J'ai également été actif à l'échelon municipal, et je sais parfaitement que bon nombre de programmes et de services nécessaires à la santé de la population seront mis en œuvre à cet échelon, comme il convient de le faire d'ailleurs.

Nous devons admettre que le Canada est maintenant un pays urbanisé. Plus de 80 p. 100 de sa population habite en milieu urbain. Bien sûr, quand il est question de santé publique, nous devons nous préoccuper de l'ensemble de la population, et non seulement de 80 p. 100 de celle-ci, mais les municipalités

80 per cent live in cities, municipal government becomes a significant part of dealing with this issue.

Municipal governments also have many great ideas. They have first-hand contact with community organizations and people. The problem is that they do not have the money. There is a great fiscal imbalance in this country. Under the Constitution, municipalities were not given any money. They have been able to obtain some property tax, at least. Of all the tax revenues collected in this country, municipalities receive 8 per cent. If there is a fiscal imbalance in this country, it is not between the federal and provincial governments but between those two levels of government and the local level of government. That situation must be addressed.

I do not want to enter into a constitutional debate, but there must be a change in attitude about where to deliver these programs from.

What are the mechanisms to make that change? I have a suggestion that may not make sense on the national scale, but it may make sense to trial urban development agreements. Vancouver and Winnipeg have these agreements. The agreements bring the three orders of government together to work on precise and discrete projects with goals and timetables. Perhaps this mechanism can be used.

Another example is the national homelessness initiative that brought different orders of government together to talk about the best way of delivering these programs.

Intersectoral arrangements are worth pursuing to provide political will and ongoing monitoring of improvements in these areas that can be helpful.

We must consider whether, overall, we will approach population health, poverty and related subjects with the big bang approach that we heard about from Senator Hugh Segal today or whether we will try something more incremental.

If we proceed step by step, urban development agreements can be a good way of moving the agenda along and gradually accomplishing the same aim as the big bang approach.

Mr. Lewis: Thank you both for those presentations.

We have been speaking a lot about government, but ultimately, as people have said, we need to respond to the public, and the public needs to become engaged with this topic. I include in "the public" the media and other organizations and the private sector.

représentent les premiers intervenants dans la structure gouvernementale, et, lorsque 80 p. 100 de la population vit en milieu urbain, les administrations municipales sont appelées à jouer un rôle important dans la mise en œuvre des programmes et des services.

Les administrations municipales ont également une foule de bonnes idées à proposer. Elles ont un contact direct avec les organismes communautaires et la population. Mais, ce qui leur manque, c'est l'argent. Au Canada, il y a un déséquilibre fiscal considérable. En effet, la Loi constitutionnelle a prévu très peu de sources de financement pour les municipalités. On leur donne au moins le droit de percevoir un impôt foncier. Sauf que les municipalités ne tirent que 8 p. 100 de toutes les recettes fiscales encaissées dans le pays. S'il existe bel et bien un déséquilibre fiscal au Canada, il est non pas entre les gouvernements fédéral et provincial, mais entre ces deux ordres de gouvernement et les administrations municipales. Il faut remédier à cette situation.

Je ne veux pas entrer dans un débat constitutionnel, mais on doit adopter une autre attitude quand vient le temps de déterminer le responsable de la mise en œuvre de ces programmes.

Quels mécanismes pourront occasionner un tel changement? J'ai une proposition dont l'application pourrait sembler insensée à l'échelle nationale, mais qui pourtant paraît logique lorsqu'elle est mise en pratique dans le cadre des Ententes sur le développement urbain. Vancouver et Winnipeg ont signé une telle entente. Ces ententes rassemblent les trois ordres de gouvernement autour de projets précis et distincts assortis d'objectifs et d'échéanciers. On pourrait peut-être se servir d'un mécanisme semblable.

L'Initiative nationale pour les sans-abri est un autre exemple. Elle visait à réunir des représentants des différents ordres de gouvernement pour qu'ils déterminent la meilleure façon d'exécuter ces programmes.

Les ententes intersectorielles méritent d'être prises en considération, car elles permettraient de susciter une volonté politique et d'assurer une surveillance continue des améliorations dans ces domaines qui peuvent se révéler utiles.

Nous devons nous demander si, dans l'ensemble, nous allons régler les questions relatives à la santé de la population et à la pauvreté ainsi que les autres dossiers connexes avec le traitement choc proposé aujourd'hui par le sénateur Hugh Segal ou si nous allons préférer une approche progressive.

Si nous souhaitons procéder par étapes, les Ententes sur le développement urbain peuvent représenter un bon moyen de faire avancer le programme du gouvernement et de réaliser graduellement les mêmes objectifs que ceux que l'on atteindrait grâce au traitement choc.

M. Lewis : Je vous remercie tous deux de vos déclarations.

Nous avons grandement parlé du gouvernement, mais, au bout du compte, comme certaines personnes l'ont dit, nous devons répondre aux attentes du public, et le public doit se mobiliser autour de ce dossier. Quand je dis « le public », je fais également allusion aux médias et aux organisations de même nature ainsi qu'au secteur privé.

If anyone has ideas, suggestions or analyses about how to make the issue of inequality and disparity live more prominently in the minds of the public, that would be helpful.

One is mindful of the medicare analogy. When the head of a Canadian bank or the head of the autoworkers union says that medicare is a great idea because it is an economic advantage to Canada, it resonates with people precisely because they are not seen to be insiders from medicare promoting the system's own perpetuation.

Similarly, if we want this inequalities agenda to become prominent, finding champions who are not advocates from the "natural constituencies," or even public policy-makers who tend to have an interest in these things would be helpful as well.

With that, the floor is open and I look forward to your suggestions.

Mr. Cappe: I was struck by Ms. Bégin's comment about the lack of a business case, and I think she is right, unfortunately. However, I said to Senator Keon before in response to his question of when do we know enough to take action, it strikes me that we face this problem in public policy all the time in every area. If we wait for certainty, we will never act.

In fact, the Parliament of Canada has passed legislation in the context of the environment incorporating the precautionary principle, which basically says there is an obligation to take action even though we do not have all the information we need. I do not think we should wait for the business case to be made in a way the business schools may want it, but I think we need this notion of consensus.

To turn to the question at hand — how we foster political will — I do not know the answer but I do suggest a few elements of it. There is a role for federal leadership. I say federal leadership knowing a number of former provincial officials are here who are ready to beat up on me I am sure, but the feds do not have the power to convene in a curious kind of way. The federal government would have been an instrument to bring people together, but I do not think it is actually there.

One could argue the Council of the Federation, which is nothing more than the annual premier's conference with a new hat, has the power to convene, but I think even the council does not have that power either.

Si quelqu'un a une idée, une proposition ou une analyse concernant la façon de sensibiliser davantage le public sur la question des inégalités et des disparités en santé, elle serait la bienvenue.

Nous sommes tous conscients du parallèle avec le régime d'assurance-maladie. Lorsque le dirigeant d'une banque canadienne ou le président du syndicat des travailleurs de l'automobile affirme que l'assurance-maladie est une excellente idée parce qu'elle représente un avantage économique pour le Canada, ces propos trouvent un écho chez les gens justement parce que ces personnes ne sont pas perçues comme des initiés du régime de l'assurance-maladie qui en font la promotion pour en assurer la survie.

De même, si nous voulons que la question des inégalités occupe une place importante sur la place publique, il serait également utile de trouver des défenseurs de la cause qui ne sont pas issus des groupes d'intérêt habituels, ni même des décideurs publics qui ont tendance à s'intéresser à ces affaires.

Cela étant dit, les personnes qui souhaitent intervenir peuvent le faire, et je suis impatient d'entendre vos propositions.

M. Cappe : J'ai été frappé par le commentaire de Mme Bégin sur l'absence d'une analyse de rentabilisation, et je crois qu'elle a raison, malheureusement. Toutefois, comme je l'ai expliqué au sénateur Keon, qui a demandé à quel moment nous pouvons affirmer que nous en savons assez pour agir, il me semble que, en matière de politique gouvernementale, nous faisons face à cette difficulté à tout moment et dans tous les domaines. Si nous attendons d'être certains, nous n'agirons jamais.

En fait, le Parlement du Canada a adopté une loi sur l'environnement incorporant le principe de précaution qui, essentiellement, oblige le gouvernement à agir même s'il ne dispose pas de toute l'information dont il aurait besoin. À mon avis, nous ne devrions pas attendre que l'analyse de rentabilisation soit réalisée de la façon dont les écoles de commerce le souhaiteraient, mais je crois qu'il ne faut pas renoncer à l'idée d'un consensus.

Pour revenir à la question qui nous occupe — comment susciter une volonté politique —, je ne connais pas la réponse absolue, mais je peux vous en fournir quelques éléments. Il doit y avoir un leadership fédéral. Je dis « leadership fédéral » en sachant que d'anciens fonctionnaires provinciaux ici présents sont sûrement prêts à s'en prendre à moi, mais le gouvernement fédéral n'a pas le pouvoir de mobiliser les gens, pour une raison ou une autre. Le gouvernement fédéral aurait pu être un instrument de mobilisation, mais je ne crois pas qu'il en soit capable actuellement.

On pourrait prétendre que le Conseil de la fédération, qui n'est rien de plus que la conférence annuelle des premiers ministres revisitée, possède ce pouvoir, mais, selon moi, même le conseil n'a aucun pouvoir de mobilisation.

The federal government — and I include the other elements of Parliament in this group — has the ability of setting the agenda, but it is set informally. I think you and your committee, chair, have that opportunity, in a sense. You can set the stage in which this issue becomes important.

You then look at NGOs and the role NGOs can play. The committee can provide the opening in which NGOs can put things on the agenda. There must be a way of focusing on that process.

I end by pointing to the federal leadership role that is possible by providing research and analysis. The data side is in hand as much as it can be in the sense that there are still huge gaps but we have made good progress between the Canadian Institute for Health Information, CIHI, and Statistics Canada. There is a good basis.

Again, Ms. Bégin has identified this gap, if you will, which is research capacity. I think governments have gone through cuts worrying about delivering service today, so they decapitate the government and cut off its capacity to think. Governments are incapable, then, of worrying about the future. An area for research and analysis is important.

I conclude with something that Mr. Lewis said; that there is both a demand and a supply for political will. The public demands that there be action, but if the governments of the day wait for the public to get its act together to demand something and then the governments will respond, we will not see any action. Therefore, there is a clear supply orientation towards where I would go with this issue, which is a government taking the lead and in a way, creating the demand.

Ms. Lynkowski: I think, as was mentioned, that we need to build public awareness on the issues. The way we do that is to recognize that we are trying to affect populations and social change, but that must be translated into something that is personal, and we have not done that successfully.

Ms. Bégin raised a great example in terms of the civil rights movement. We all know that it was propelled forward when Rosa Parks refused to give up her seat on a bus, and they still attribute the beginning of that movement to her. There is Mothers Against Drunk Driving, where a mother, essentially in her grief, transformed that grief into what we all consider to be socially unacceptable now.

We need a new way to tell the story, and we need to use the media to tell that story. We must do that deliberately and proactively. A study in the *Canadian Journal of Communication* in 2007 — and I am not an expert in communications — said that health reporters tend to de-emphasize the importance of social determinants and overemphasize the importance of the health care system and personal practices, or lifestyle, as we said. That is

Le gouvernement fédéral — et j'inclus les autres éléments formant le Parlement dans ce groupe — a la capacité de définir les priorités, mais cela ne se fait pas par des voies officielles. Je crois que le comité, monsieur le président, a en quelque sorte la possibilité de mener à bien cette affaire. Vous pouvez préparer le terrain pour mettre cette question en évidence.

Pensons aux ONG et au rôle qu'elles peuvent jouer. Le comité peut donner aux ONG l'occasion de proposer de nouvelles priorités. Il faut que nous trouvions le moyen de nous concentrer sur cette démarche.

Je termine en soulignant que le leadership fédéral pourrait entre autres se réaliser par la recherche et l'analyse. Pour ce qui est de la collecte de données, on a la situation en main autant qu'il est possible de l'avoir, en ce sens qu'il y a toujours de grandes lacunes, mais l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, et Statistique Canada ont fait de bons progrès. Les bases sont solides.

Encore une fois, Mme Bégin a mis le doigt sur cette lacune, si vous me passez l'expression, à l'égard de la capacité de recherche. Je crois que les gouvernements ont sabré dans les budgets par crainte de ne pas être en mesure d'offrir les services aujourd'hui, de sorte qu'ils ont décapité l'appareil gouvernemental et supprimé sa capacité de penser. Les gouvernements sont donc incapables de s'inquiéter au sujet de l'avenir. Il est important de stimuler le secteur de la recherche et de l'analyse.

Je conclus avec un point que M. Lewis a soulevé, à savoir qu'il y a une demande et une offre de volonté politique. Le public exige de l'action, mais si le gouvernement attend que le public s'organise et exige quelque chose avant de faire quoi que ce soit, rien ne se produira. Par conséquent, en ce qui concerne ce dossier, il est clair que l'on doit s'orienter vers l'offre, c'est-à-dire que le gouvernement doit partir le bal et, d'une certaine façon, créer la demande.

Mme Lynkowski : Comme quelqu'un l'a souligné, je crois que nous devons sensibiliser le public sur ces questions. Pour ce faire, nous devons reconnaître que nous tentons d'influencer les populations et d'induire un changement social, mais il faut que notre message trouve un écho chez les gens, et nous avons failli à cette tâche.

Mme Bégin a donné un exemple éloquent qui se rapportait au mouvement de défense des droits civils. Nous savons tous que ce mouvement a pris de l'ampleur lorsque Rosa Parks a refusé de céder son siège dans un autobus, et, aujourd'hui, on attribue encore à cette dame la naissance de la lutte pour les droits civils. Il y a aussi MADD, Les mères contre l'alcool au volant, organisme fondé par une mère en deuil qui a canalisé sa peine dans un combat contre ce que nous considérons tous aujourd'hui comme un comportement socialement inacceptable.

Nous devons trouver une nouvelle façon de présenter les faits, et nous devons utiliser les médias pour diffuser notre message. Nous devons le faire délibérément et de façon proactive. Selon une étude publiée en 2007 dans le *Canadian Journal of Communication* — et je ne suis pas une experte dans le domaine des communications —, les journalistes en santé publique ont tendance à minimiser l'importance des déterminants sociaux de la

what they turned the issue into — lifestyle issues. It is then hard to find support for broad public policy measures because what they see are wait times or the hip that cannot be replaced.

It is incumbent upon us — and we have not done this well in the NGO community either — to tell the story differently. Probably the best example is through some of the Aboriginal populations because when we hear of a child living in a house with mould coming down the walls, it is pretty obvious that their early start will not be that productive. I challenge us to use that role. I do not know how the subcommittee can work with that information, but I think we need to engage the media.

Diana MacKay, Associate Director, Education and Learning, Conference Board of Canada: I want to comment as well on this issue of building the case and drawing a distinction for what the public sector can do and what the private sector can do. As Canadians, we have a culture of looking to our government to solve some of our problems whereas many other countries look to their private sectors.

This issue needs greater action by the private sector to understand the issues in addition to individuals and the government understanding the determinants of health.

One thing we focus on at the Conference Board is exploring how the private sector can understand the determinants of health better and take action where action is to be taken. I call your attention to a study that was done by the Halifax Chamber of Commerce where they explored the cost to the province in terms of productivity lost to absenteeism caused, in particular, by mental health issues. They estimated the cost was over $1 billion annually to a province the size of Nova Scotia.

Further, Deloitte in the States conducted a study where they looked at the concept of "presenteeism," which is the affliction some of us have when we are at our desks, we are seen to be working, but we are not as productive as we could be because we are suffering from mental health issues, stress or all those other factors in life that take away from our ability to be productive. The issues are largely determinants of health issues: our housing, what our children are doing and so on. This Deliotte study showed that the cost was 32 times the cost of absenteeism.

It has been pointed out to me that the Nova Scotia economy may not be a $32-billion economy, but we are losing a lot of productivity in Canada due to these issues. If we can show to the business leaders in the country, to the people who care about the bottom line, the fact that they are losing this kind of productivity,

santé et à exagérer celle du réseau de soins de santé et des habitudes personnelles ou, comme nous l'avons dit, les habitudes de vie. Ils en font une simple question d'habitudes de vie. Il est difficile de faire accepter de vastes mesures stratégiques lorsque les médias ne s'intéressent qu'aux délais d'attente dans les urgences ou à la hanche qu'on ne peut remplacer.

Il nous appartient donc — et les ONG n'ont pas fait mieux à cet égard — de présenter les faits autrement. La situation de certains peuples autochtones serait probablement le meilleur exemple que nous pourrions utiliser. En effet, lorsque nous entendons parler d'un enfant vivant dans une maison où les murs sont imprégnés de moisissures, il est assez évident que son départ dans la vie ne sera pas très productif. Je nous mets tous au défi d'assumer ce rôle. Je ne sais pas comment le sous-comité peut se servir de cette information, mais je crois que nous devons faire participer les médias.

Diana MacKay, directrice associée, Éducation et apprentissage, Conference Board du Canada : J'aimerais également faire des observations relativement à l'analyse de rentabilisation et à la distinction que l'on établit entre les capacités du secteur public et celles du secteur privé. Au Canada, nous avons tendance à nous tourner vers le gouvernement lorsqu'il y a des problèmes à régler, tandis que, dans d'autres pays, la population s'en remet plutôt au secteur privé.

D'une part, le secteur privé doit s'attacher à bien saisir les enjeux, et, d'autre part, la population et le gouvernement doivent tenter de comprendre les déterminants de la santé.

Au Conference Board, nous cherchons entre autres des moyens d'expliquer au secteur privé en quoi les déterminants sociaux ont une incidence sur la santé publique et comment il peut agir là où c'est nécessaire. J'aimerais attirer votre attention sur une étude réalisée par la Chambre de commerce de Halifax dans laquelle on calcule le coût que représente pour la province la perte de productivité causée par l'absentéisme découlant, en particulier, de troubles de santé mentale. Les auteurs de l'étude ont estimé que cette perte de productivité se traduisait annuellement par un coût de plus de un milliard de dollars pour une province de la taille de la Nouvelle-Écosse.

De plus, Deloitte Research, aux États-Unis, a mené une recherche portant sur le concept de « présentéisme », terme qualifiant l'état de certaines personnes qui semblent travailler lorsqu'elles sont assises à leur bureau, mais qui ne sont pas aussi productives qu'elles devraient l'être parce qu'elles présentent des troubles de santé mentale, vivent du stress ou sont soumises à toutes les autres circonstances de la vie quotidienne qui amoindrissent la productivité. Les déterminants de la santé se composent en grande partie d'éléments de la vie quotidienne : le logement, les activités des enfants et ainsi de suite. La recherche de Deloitte a montré que le coût du présentéisme était 32 fois supérieur à celui de l'absentéisme.

On m'a signalé que l'économie de la Nouvelle-Écosse génère peut-être pas 32 milliards de dollars, mais il y a une forte baisse de la productivité au Canada en raison de ces phénomènes. Si nous pouvons montrer aux dirigeants d'entreprise, c'est-à-dire aux personnes qui se soucient du bénéfice net, qu'ils font les frais de

this kind of drain on their bottom line, then that case is compelling. We should identify areas where the government and business leaders can collaborate on things like building projects in urban centres and focus on ways that the business community can take actions within their companies and within their communities to help address these issues in Canada.

Mr. Lewis: Where do you think the business community is on this issue? It is one thing to recognize the issue, but what would make it live for them? Is it only an economic argument?

Ms. MacKay: I believe it is only an economic argument, frankly, because that is what business people care about. We can talk about the values, but we will not make a dent in the business centre unless we talk about the bottom line, in my opinion.

Mr. Lewis: Do you think social entrepreneurship and these new ideas about the responsible corporation are rhetorical things?

Ms. MacKay: No, I think those concepts are valuable, but unless they are aligned closely with economic concepts they will not be anything other than a sideline business and something that is talked about but not acted on in terms of what happens behind closed doors.

Mr. Dodge: I want to concentrate on Mr. Cappe's assertion that there is no business case and Ms. Bégin's compelling argument that we need a business case.

I may be a little out of date but as I look through the literature, it seems to me that we have an extraordinarily compelling business case in public health.

One example of interaction with the business community came out of how they deal with business continuity at the time of an epidemic.

In fact, there are lots of examples of where particulars come together on the business and government side. We have good evidence on the public health side in a whole bunch of areas. The problem, as I think a number of people have pointed out, is that a provincial minister of health faces diverting a million dollars or several millions of dollars from insuring that someone has more access to have their knee fixed quickly or whatever, to something that will yield a result over a long period of time. Those politics are difficult.

This argument is one in which our peculiar federal-provincial system comes into play. The federal minister, as Ms. Bégin knows well, is not under that same problem of when the bedpan falls in East Armpit, it echoes in the legislature. I think there is a good partnership and division of responsibility in public health because

cette perte de productivité, car elle réduit leur bénéfice net, ils ne pourront rester indifférents devant la situation. Nous devrions préciser les secteurs dans lesquels le gouvernement et les dirigeants d'entreprises peuvent collaborer à la réalisation de diverses choses, comme des projets de construction dans les centres urbains, et nous devrions déterminer comment le milieu des affaires peut favoriser l'adoption de mesures dans les entreprises et dans la collectivité pour résoudre ces questions au Canada.

M. Lewis : Selon vous, quel est le point de vue du milieu des affaires à ce sujet? C'est une chose de reconnaître le problème, mais que faudrait-il faire pour qu'il s'en préoccupe? N'y a-t-il là qu'un argument de nature économique?

Mme MacKay : Pour être franche, je crois que c'est le seul argument possible, car c'est ce qui importe aux gens d'affaires. Nous pouvons parler des valeurs, mais notre message n'atteindra pas sa cible tant que nous n'aborderons pas la question de la rentabilité, selon moi.

M. Lewis : Croyez-vous que l'entrepreneuriat social et toutes ces nouvelles idées à propos de la responsabilité sociale des entreprises ne sont que des idées creuses?

Mme MacKay : Non, j'estime que ces concepts ont leur raison d'être, mais, à moins qu'ils ne soient étroitement associés à des concepts de nature économique, ils demeureront en marge de l'activité des entreprises : on va en parler, mais lorsque viendra le temps de prendre des décisions et d'agir, il ne se passera rien.

M. Dodge : J'aimerais revenir sur la remarque de M. Cappe selon laquelle il n'y aurait eu aucune analyse de rentabilisation et sur l'argument convaincant de Mme Bégin selon lequel nous avons besoin d'une telle analyse.

Les renseignements dont je dispose datent peut-être un peu, mais, si je me fie à la documentation, il me semble qu'il y ait une analyse de rentabilisation extraordinairement convaincante dans le domaine de la santé publique.

Le gouvernement et le milieu des affaires on collaboré lorsqu'ils ont élaboré un plan de continuité des activités en cas d'épidémie.

En fait, il est arrivé à de nombreuses occasions que des représentants du milieu des affaires et du gouvernement travaillent sur des projets communs. Nous savons qu'une telle collaboration a eu lieu à diverses reprises dans le domaine de la santé publique. L'ennui, comme l'ont précisé un certain nombre de personnes, c'est que tout ministre provincial de la santé doit affecter un ou plusieurs millions de dollars à des mesures qui donneront des résultats sur une longue période plutôt qu'à des ressources qui permettront à une personne de se faire opérer rapidement au genou ou d'accéder à quelque service que ce soit. Ces politiques exigent des choix difficiles.

En ce qui a trait à cet argument, la singularité de notre système fédéral-provincial entre en ligne de compte. À l'heure actuelle, le ministre fédéral, comme le sait très bien Mme Bégin, ne se trouve pas dans la situation où on l'interroge en chambre s'il se produit un incident à Saint-Glinglin des Meu-Meu. À mon avis, il y a un

every provincial minister knows well what the case is, but the politics of defending it in the provincial legislature is difficult.

On the public health side, I think, one, there is a good business case; two, we can involve the private sector; and three, there is a clear argument for division between federal and provincial authorities, given the politics of what the ministers must deal with.

On the early child development matter, the evidence is absolutely compelling. It is overwhelming. The problem is, it is so overwhelming that the universities out there are arguing that this is not such a good place because the evidence is that we are much better spending that incremental dollar or an existing dollar in early childhood than later on up the system.

That choice is difficult, but I do not think it is for a lack of business case in either of these two domains. It is difficult to articulate the case and as Mr. Tholl said, find that burning case to make it work. That is why I agree with Ms. Bégin. Absent a 1919 flu or something like it that galvanizes the country in a totally different way, then we need to build on existing blocks and proceed step by step. It would be extraordinarily difficult to take the big bang approach.

The business case is there, and I hope the committee's report reflects that fact.

The Chair: Can I stimulate this discussion further? We all know provincial budgets are structured so that health is dealt with in one part of the budget and everything else is dealt with in another.

Mr. Dodge: "Health care" is dealt with.

The Chair: You are right. That point is important. On this budget line of "everything else" are 11 of the top 12 determinants of health. In virtually all the reports we look at, productivity in a country runs parallel to its health status. Depending on what survey we read today, we rank somewhere between fifteenth or twentieth in overall health status, and we are similar in productivity. Perhaps Ms. MacKay would come back to that point.

Surely, it is horrible in a country like this one to have our productivity so compromised. How can we translate this statistic into something that the public and governments can understand?

bon partenariat et une bonne division des responsabilités dans le domaine de la santé publique, car chaque ministre provincial sait parfaitement en quoi consiste l'analyse, mais il est difficile de défendre cette cause devant une assemblée législative provinciale.

À mon avis, en ce qui concerne la santé publique, premièrement, l'argumentaire est solide; deuxièmement, nous pouvons faire participer le secteur privé; et troisièmement, il y a un argument évident en faveur de la séparation des compétences du fédéral et du provincial, compte tenu des politiques avec lesquelles les ministres doivent composer.

Quant au développement de la petite enfance, les preuves sont absolument frappantes. C'est tout simplement impressionnant. Toutefois, les preuves sont si incontestables que même les universités affirment que la situation est peu reluisante, car il a été démontré qu'il vaut mieux affecter tout dollar supplémentaire ou tout dollar existant dans le développement de la petite enfance plutôt qu'ailleurs dans le réseau.

Il s'agit d'un choix difficile, mais je ne crois pas que cela est attribuable à l'absence d'une analyse de rentabilisation dans un ou l'autre de ces deux domaines. Il est difficile de plaider en faveur du changement et, comme M. Tholl l'a dit, de mettre en relief le besoin urgent de changer les choses. Voilà pourquoi je suis d'accord avec Mme Bégin. Faute d'une épidémie comme celle de la grippe espagnole qui a frappé le pays en 1919 ou de toute autre situation d'urgence qui galvanise le pays d'une toute autre manière, nous devons construire sur les pierres existantes et procéder étape par étape. Il serait extraordinairement difficile d'appliquer le traitement choc.

Il y a des arguments solides, et j'espère que le rapport du comité reflétera ce fait.

Le président : Puis-je pousser la discussion plus loin? Nous savons tous que, dans les budgets des provinces, il y a deux parties : l'une consacrée aux dépenses en santé et l'autre, à tout le reste.

M. Dodge : L'une consacrée aux « soins de santé ».

Le président : Vous avez raison. Il est important de le souligner. La partie du budget réservée à « tout le reste » englobe 11 des 12 principaux déterminants de la santé. Dans presque tous les rapports que nous avons examinés, on montre que la productivité d'un pays est proportionnelle à l'état de santé de sa population. Selon le sondage que l'on consulte, le Canada se classe quelque part entre la 15e et la 20e positions pour ce qui est de l'état de santé global de sa population, et nous obtenons un résultat semblable en matière de productivité. Peut-être que Mme MacKay aimerait revenir sur ce point.

Certainement, il est terrible que, dans un pays comme le nôtre, notre productivité soit à ce point compromise. Comment pouvons-nous présenter cette statistique sous une forme que la population et les gouvernements comprendront?

Ms. Browne: Further to the business case, in Kentucky they can let someone die and it does not cost much that year. However, in Canada, if we do not help people with something, they will use — however inappropriately — something else that is insured.

My unit, as a little example, sits on 18 studies that show that if we do not help people more completely it will cost more that same year. If we help people, we will have more productivity. In one case, exits from social assistance doubled, or became 15 per cent more, than the control group. The study is a good one; they gave me a prize for it. For every 100 single-parent mothers and their families offered that intervention, we could save $300,000.

For Toronto, I worked out the implementation plan for their people and spoke to Deborah Matthews' committee. In Toronto 29,000 single-parent mothers and 50,000 children are on welfare. The proportion of children under six will be taken care of by Early Years and Healthy Babies. Sixty one per cent of youth in our study were over six. I am in favour of these programs. The mother is distracted from the early child by the 10-year-old lighting fires and the 15-year-old on ecstacy. Again, I emphasize a household approach. It costs us more in the same year not to address these problems.

I was able to show them that Toronto now spends, for that two-thirds of the single mothers, $295 million a year on social assistance. Based on our study, if we have a 15 per cent greater exit from social assistance, it will save $60 million. To implement the whole program for Toronto for that age group would cost $32 million. It is costing us more this year, right now.

Mr. Cappe: I want to go back to David Dodge. What do we want from the private sector? Is it only their permission? In other words, they understand the business case and are okay with a mixed public-policy approach to address this issue, or do they have a more direct role to play?

Mr. Dodge: I think there is a more direct role, but I prefer Ms. MacKay speaks to this question rather than me. From the pure public-health side, the business continuity side, the response has been strong. It was not a difficult sell and we made some yards on that side.

The much more difficult one is the kids. Especially for small business, having someone absent from the office for a year is disruptive. On the other hand, to attract the talent we need in

Mme Browne : Pour reprendre la question de l'analyse de rentabilisation, au Kentucky, le gouvernement peut laisser mourir une personne et ce décès n'entraînera pas pour autant une augmentation des coûts dans l'année en question. Toutefois, au Canada, si nous n'aidons pas les gens, ils utiliseront — mais de façon inappropriée — un autre service offert.

À titre d'exemple, mon unité participe à 18 études qui montrent que, si nous n'aidons pas suffisamment les gens au cours d'une année, il nous en coûtera davantage pour cette même année. Si nous offrons de l'aide à la population, nous augmenterons notre productivité. Dans l'un des cas, le taux d'abandon de l'aide sociale a doublé, ou il a augmenté de 15 p. 100, par rapport au groupe témoin. Il s'agit d'une très bonne étude; j'ai reçu un prix pour ce travail. Pour chaque tranche de 100 mères chefs de famille monoparentale qui bénéficieraient de notre intervention, nous pourrions économiser 300 000 $.

À Toronto, j'ai élaboré le plan de mise en œuvre à l'intention de la population et j'ai fait un exposé devant le comité de Deborah Matthews. À Toronto, 29 000 mères seules et 50 000 enfants dépendent de l'aide sociale. Les enfants de moins de six ans seront pris en charge par les services à la petite enfance et le programme Bébés en santé. Dans notre étude, 61 p. 100 des enfants avaient plus de six ans. Je suis en faveur de ces programmes. La mère accorde moins de temps aux jeunes enfants parce qu'elle se préoccupe de son enfant de 10 ans qui joue avec des allumettes et de celui de 15 ans qui consomme de l'ecstasy. Encore une fois, je privilégie une intervention auprès des ménages. Il nous en coûte davantage au cours d'une même année de ne pas régler cette situation.

J'ai été en mesure de leur montrer que la Ville de Toronto consacrait maintenant 295 millions de dollars par année à l'aide sociale destinée aux deux tiers des mères seules. Selon notre étude, si on augmente de 15 p. 100 le taux d'abandon de l'aide sociale, nous économiserons 60 millions de dollars. La mise en œuvre du programme complet à Toronto pour ce groupe d'âge coûterait 32 millions de dollars. Il nous en coûte actuellement plus pour l'année en cours.

M. Cappe : J'aimerais revenir à David Dodge. Qu'attendons-nous du secteur privé? Attendons-nous seulement sa permission? Autrement dit, faut-il seulement que ce secteur comprenne le bien-fondé de la démarche et convienne qu'il nous faut une politique gouvernementale mixte pour nous attaquer à ce problème, ou a-t-il un rôle plus direct à jouer?

M. Dodge : Je crois qu'il a un rôle plus direct à jouer, mais je préfère laisser à Mme MacKay le soin de répondre à cette question. Du strict point de vue de la santé publique, en ce qui concerne la continuité des activités, la réaction a été très forte. Il n'a pas été difficile de faire accepter cette proposition et nous avons compté des points dans ce dossier.

Ce qui est plus difficile à faire passer, c'est la question des enfants. Une personne qui s'absente du travail pendant une année perturbe le milieu de travail, particulièrement quand il s'agit d'une

larger organizations, we had to make it attractive for women in their child-bearing years to come to work.

There is a good case, as a large employer — I have to be careful here — to have a program that is supportive of women in their child-bearing years. That is the only way they can attract the talent to run their business.

Mr. Lewis, I do not see a conflict here. It is important to structure things properly. The small- and mid-sized businesses are a much trickier thing. One person missing in a five-person organization is a much harder thing to handle.

I think there are good opportunities for cooperation. If approached properly, it is natural almost for it to come.

Mr. Lewis: Ms. MacKay, do you wish to add anything?

Ms. MacKay: There are many things to talk about here. I think we need champions in the private sector who demonstrate how they can win as a business by promoting good health.

We can look at companies that we may think initially have nothing to do with this discussion, for example, Loblaws. Grocery store chains put their produce in one place and their candy in another. They put the candy near the checkout where the moms must shop. I have four kids under the age of seven and it is impossible to go to a grocery store and not come out with candy in my hand.

I would like to see a grocery store change the way they lay out their floor so the last thing customers do when they leave is pick up their fresh fruit and vegetables. People are inspired to do that by their visit to the grocery store. People in marketing think about these things. We need these business minds to think about what will create good health outcomes. Then we need a business leader to change their business model so they apply these practices and show other business people they are winning; they have better bottom lines by making those changes.

That is what I am talking about when I say, involve the private sector. We should identify which private sector players are able to make an impact on health outcomes in Canada. Perhaps, the government can take steps to create incentives for businesses to take these actions.

Dr. Butler-Jones: As a sidebar, 15 to 20 years ago, we worked with local grocery stores, with Loblaws, to do that in Simcoe County. It has fallen away for many reasons.

It is about engagement. I like the way Ms. Bégin described it as a series of parallel processes. There is not one way of doing this. Each generation discovers for itself what the galvanizing issues are. There were outbreaks of cholera and smallpox in the early days of Disraeli. However, in the latter part of that century, the

petite entreprise. D'un autre côté, si les grandes organisations veulent attirer des gens compétents, elles doivent offrir des conditions de travail attrayantes pour les femmes en âge de procréer.

Il est souhaitable pour un gros employeur — je dois faire attention ici — d'adopter un programme qui soutient les femmes en âge de procréer. C'est la seule façon d'attirer les talents qui contribueront au succès de son entreprise.

Monsieur Lewis, je ne vois aucun conflit ici. Il est important de bien structurer les éléments. C'est beaucoup plus difficile pour les PME. L'absence d'un employé dans une entreprise qui en compte cinq représente une situation beaucoup plus complexe à gérer.

Je crois que nous disposons d'excellentes possibilités de coopération. Si nous adoptons une approche adéquate, le résultat viendra presque naturellement.

M. Lewis : Madame MacKay, souhaitez-vous ajouter quoi que ce soit?

Mme MacKay : Il y a de nombreux sujets que j'aimerais aborder. Je crois que nous avons besoin de modèles dans le secteur privé qui peuvent montrer qu'une entreprise a tout à gagner à promouvoir une bonne santé.

Nous pouvons penser à des entreprises qui, à première vue, semblent n'avoir aucun lien avec cette discussion, comme Loblaws. Les supermarchés regroupent les fruits et légumes à un endroit et les bonbons à un autre. Ils mettent les bonbons près des caisses, où les mères doivent passer. J'ai quatre enfants âgés de moins de sept ans, et il est impossible de sortir de l'épicerie sans qu'ils m'aient fait acheter des bonbons.

J'aimerais bien que les épiceries changent la façon dont elles aménagent leurs rayons pour que la dernière chose que les consommateurs achètent lorsqu'ils font leur marché soit des fruits et légumes frais. La façon dont les produits sont disposés à l'épicerie guide les clients dans leurs achats. Des spécialistes du marketing s'occupent de penser à ce genre de choses. Nous avons besoin que de tels experts trouvent le moyen d'améliorer la santé de la population. Il faut ensuite qu'un pionnier dans le milieu des affaires change son modèle de gestion et mette en pratique ces principes pour montrer aux autres entreprises qu'il tire profit de ce changement, c'est-à-dire qu'il accroît ses bénéfices.

C'est exactement ce que je veux dire lorsque j'affirme qu'il faut que le secteur privé participe. Nous devrions cerner les acteurs du secteur privé qui pourraient avoir une incidence sur la santé de la population au Canada. Le gouvernement pourrait peut-être prendre des mesures pour inciter les entreprises à s'engager.

Dr Butler-Jones : Soit dit en passant, il y a 15 ou 20 ans, nous avons travaillé avec des épiceries locales et avec Loblaws pour mettre en place une initiative semblable dans le comté de Simcoe. Ce projet a été abandonné pour de nombreuses raisons.

C'est une question d'engagement. J'ai aimé la façon dont Mme Bégin a décrit la solution, soit comme un ensemble de processus parallèles. Il n'y a pas qu'une seule manière d'atteindre nos objectifs. Chaque génération découvre par elle-même quels sont les enjeux mobilisateurs. Il y a eu des épidémies de choléra et

British Army could not recruit enough soldiers for the Boer War because they were too unhealthy to be soldiers. That issue moved into issues of housing, financing and all that stuff.

Act Now B.C. is a cross-government initiative looking at physical activity with lenses on policy, et cetera. In part, that initiative came out of not only knowledge of the importance of these issues but also from compelling arguments from a business case standpoint that if they do not do something dramatic about the prevention side of the system, within a decade there will be no money for any department other than the health department and maybe education.

I am nervous about business cases. There is a compelling business case around a whole range of issues. It may not be totally coherent, cross all issues and speak to the whole subject but if we parse it out, there are many things on which to build a business case. One striking thing is we have a basic bias. The reason for this bias is that the business case is not enough, even when we have a good business case. I cannot count the number of times I have been in debate when someone says: All this prevention and promotion stuff is fine, but people live longer, they must go back to the doctor, they cost us more money, they collect their pensions, et cetera. They ask, why should we invest in that when we are not saving any money?

Why was my asthma treated when I was a kid? I am costing the system money. I may even retire some day. Why is it that, somehow, people living longer, healthier and better is a liability, but becoming sick, being treated and dying early is the normal course of things?

The other issue is finding what resonates for people. This issue goes back to the issue for each generation and the businesses. What is compelling for them? We all care obviously about children and we know that those pathways are set early. Finding and telling the stories and laying out the business case is important. However, the business case by itself is necessary but not sufficient.

Some things are already in place and working along this line. As Ms. Bégin is part of the WHO commission, we in Canada fund four of the few knowledge networks: two by the Public Health Agency of Canada, one by the International Development Research Center, IDRC, and one by Canadian International

de varicelle dans les premier temps du mandat de Disraeli. Par ailleurs, dans la deuxième partie de ce siècle, l'armée britannique ne pouvait recruter assez de soldats pour mener la guerre des Boers parce que les candidats étaient en trop mauvaise santé pour combattre. Cette situation a engendré des problèmes de logement, de financement et ainsi de suite.

Act Now B.C. est une initiative intergouvernementale dans le cadre de laquelle on examine la question de l'activité physique sous l'angle des politiques et d'autres aspects. En partie, cette initiative découle non seulement d'une prise de conscience à l'égard de l'importance de ces questions, mais aussi des données convaincantes issues d'une analyse de rentabilisation qui révélaient que, si le gouvernement ne prenait aucune mesure radicale pour faire de la prévention en santé publique, d'ici une dizaine d'années, tout l'argent devrait être affecté au ministère de la Santé et peut-être au ministère de l'Éducation.

Les analyses de rentabilisation me rendent nerveux. Il existe des analyses de rentabilisation probantes sur un large éventail de questions. Elles peuvent ne pas être totalement cohérentes, ne pas tenir compte de tous les détails et ne pas couvrir l'ensemble du sujet, mais si nous y regardons de plus près, nous constaterons que nous disposons de bon nombre d'éléments pour faire une analyse de rentabilisation. Ce qui est frappant, c'est que nous avons un parti pris. La raison en est simple : l'analyse de rentabilisation n'est pas suffisante, même si elle est solide. Je ne peux compter le nombre de fois où quelqu'un m'a dit pendant une discussion : « Toute cette prévention et cette promotion de la santé, c'est bien beau, mais les gens vivent plus longtemps, ils doivent consulter un médecin, ils nous coûtent plus d'argent, ils reçoivent une pension, et cetera. » Certaines personnes se demandent donc pourquoi on devrait investir dans la prévention, alors que, au bout du compte, elle ne nous permet pas d'économiser de l'argent.

Pourquoi m'a-t-on traité pour l'asthme lorsque j'étais enfant? Je représente des coûts pour le réseau de la santé. Je vais peut-être même prendre ma retraite un de ces jours. Pourquoi, d'une certaine façon, le fait de vivre plus longtemps et en meilleure santé représente-t-il un fardeau, alors que de tomber malade, d'être traité et de mourir à un âge précoce est considéré comme le cours normal des choses?

L'autre aspect important consiste à trouver ce qui interpelle les gens. Cette question nous ramène aux enjeux mobilisateurs de chaque génération et aux préoccupations des entreprises. Qu'est-ce qui suscite leur attention? Nous nous soucions évidemment tous des enfants et nous savons que leurs cheminements sont très tôt définis. Il est important de cerner et de révéler les faits réels et de démontrer le bien-fondé d'une telle démarche. Toutefois, bien qu'elle soit nécessaire, l'analyse de rentabilisation n'est pas suffisante.

Certains mécanismes qui vont en ce sens sont déjà en place. Comme le Canada fait partie de la Commission de l'OMS, par l'intermédiaire de Mme Bégin qui en est membre, le pays finance quatre des rares réseaux de savoirs : deux au sein de l'Agence de la santé publique du Canada, un au Centre de recherches pour le

Development Agency, CIDA. In terms of the development of knowledge, we also fund the Canadian Reference Group to bring a Canadian context to the knowledge.

Additionally, we have centres of excellence that focus on these kinds of practical issues, working with the Canadian Institutes of Health Research and others. There is also the public health network. The point is absolutely well taken: If the knowledge remains within health, talking to itself, it will not go anywhere, whether it is imperialism or whatever. However, systems are in place in the public health network for engaging across the system and vertically within it to the conference of deputies where I sit, and then on to ministers.

Another thing that has not been spoken of much yet is the role of universities, the choices they make and the training they offer, both in terms of developing the skill sets for future professionals and others to support the kind of work that needs to be done, but also they need enough understanding not to obstruct what needs to be done. This point is important because in terms of those debates, people can say, it is a waste of time because people live longer — I thought that was the purpose of the health system.

In terms of research funding, most of these issues cross over the institutions. The issues are not only issues for CIHR, the Natural Sciences and Engineering Research Council of Canada, NSERC, or the Social Sciences and Humanities Research Council, SSHRC. Issues of the environment, biology, et cetera need cross-sectoral research. They are talking about that but I am not sure how much progress we are able to make.

In addition to Michael Marmot's report and the commission's report, in addition to the work of this committee, the first report of the Chief Public Health Officer, an annual report required of Parliament, is the status of public health in Canada. The report will have a theme in addition to the usual information: This is how healthy we are or are not and our comparisons with other countries. The theme of the report is health inequalities. This report deals not only with the inequalities and the underlying issues, but with the evidence for what we do about it and how different levels of society have taken on this theme, either as individuals, governments or communities.

Hopefully, that report will be useful to the committee in your dialogues as you move forward. I hope it will be tabled before the summer.

développement international, soit le CRDI, et, enfin, un à l'Agence canadienne de développement international, l'ACDI. Le Canada finance également le Groupe de référence canadien pour apporter une contribution canadienne au développement du savoir.

En outre, nous avons créé des centres d'excellence qui se penchent sur ce genre de questions d'ordre pratique, en collaboration avec les Instituts de recherche en santé du Canada et d'autres organismes. On compte également le Réseau pancanadien de santé publique. Et j'en conviens sans détour : si le savoir reste confiné au domaine de la santé, si nous n'abordons les questions qu'à l'interne, nous n'irons nulle part, que ce comportement s'explique par une certaine forme d'impérialisme ou autre chose. Toutefois, les mécanismes qui sont en place dans le réseau de la santé publique permettent de mobiliser l'ensemble des secteurs et de remonter la filière jusqu'à la Conférence des sous-ministres, à laquelle je siège, laquelle s'assurera de faire rapport aux ministres.

J'aimerais aborder un autre point dont nous avons peu discuté jusqu'à présent, soit le rôle des universités, les choix qu'elles font et la formation qu'elles offrent pour que les professionnels de demain acquièrent les compétences nécessaires au soutien du travail que nous devons accomplir. En outre, les universités doivent comprendre suffisamment les enjeux actuels pour ne pas faire obstacle aux changements qui s'imposent. Il s'agit d'un point important, car certaines personnes prétendent que ces améliorations sont une perte de temps parce qu'elles augmentent la longévité, alors que je croyais que c'était là la raison d'être du réseau de la santé.

Pour ce qui est du financement de la recherche, la plupart de ces questions concernent diverses institutions. Elles ne relèvent pas seulement des IRSC, du Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, le CRSNG, ou du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, le CRSH. Les questions de nature environnementale, biologique, et cetera, doivent faire l'objet de recherches intersectorielles. C'est ce qu'on envisage actuellement, mais je ne sais pas jusqu'à quel point nous pourrons progresser dans ce domaine.

À l'instar du rapport de Michael Marmot, du rapport de la Commission et des travaux du comité, le premier rapport de l'administrateur en chef de la santé publique, qui sera obligatoirement soumis au Parlement chaque année, brossera un portrait de la santé publique au Canada. Le rapport présentera les renseignements habituels, c'est-à-dire les données indiquant si nous sommes en bonne santé ou non et la comparaison de notre état de santé avec celui d'autres pays, et il comportera un thème, soit les inégalités en matière de santé. Outre les inégalités et les problèmes sous-jacents, le rapport traitera des mesures mises en place pour remédier à la situation et exposera comment les différents échelons de la société, à savoir les individus, les collectivités et les gouvernements, s'attellent à contrer les disparités en matière de santé.

J'espère que le rapport sera utile aux membres du comité au cours de ses consultations futures. J'espère qu'il sera présenté avant l'été.

Mr. Lewis: We have five speakers left on the list and 15 minutes.

Ms. Potvin: I will take the ball exactly where Mr. Dodge left it. I wanted to start talking about the first report of the Chief Public Health Officer of Canada, which will be about disparities. Then, let me scale down our conversation to Montreal.

In 1998, the public health director in Montreal released his first report, *Health Disparities*, and that report had a leading effect: One thing led to other things which led to others. It brought him attention from other sectors. You cannot have a report on health disparity without being willing to sit on many committees such as transportation and education. The story of Montreal is that such a report is the first step.

Another thing I wanted to say, in answer to Ms. Bégin, is that business cases are good things, but I would rather talk about social and societal cases. When the private sector meanders into health, they come up with bizarre ideas.

Talk to anyone who deals with the Chagnon Foundation in Quebec and you will have an idea of how good intentions and good will can lead you directly to hell. You do not pass Go and you do not collect $200. I am not sure that the Bill Gates' of this world do much good.

As far as I know, within various Canadian documents, there are a few things we can build on. The way I read the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal, it says that the health system is there to increase the health of Canadians and reduce disparities. This building block is one on which to build.

The last thing I want to offer you is that when you start to compare yourself, choose the right people to compare yourself to. Then, you will start thinking more intelligently. We have a history of comparing ourselves to our neighbours to the south, and not on the right indicators. For example, we compare ourselves with our southern neighbour on wait times for health care, and not on access to health care. We compare ourselves on life expectancy and we look good. However, when we compare ourselves to egalitarian societies — to Denmark, Norway or Sweden — we do not look that good; that comparison makes us number 25.

I urge that we compare ourselves to where the real challenges are, and that we develop that culture of comparing ourselves. The people we should compare ourselves to are the societies of the Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD, and probably Australia.

Ms. Manson Singer: I come back to the point that Mr. Cappe made earlier about the role for federal leadership. I strongly support that point.

I was thinking about the practicalities of explaining to the Minister of Health in Newfoundland and Labrador that today he should stand up and favour the collection of quality indicators on

M. Lewis : Il reste cinq intervenants à l'ordre du jour, et nous ne disposons plus que de 15 minutes.

Mme Potvin : Je vais poursuivre exactement là où M. Dodge a laissé. J'aimerais d'abord parler du premier rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada, qui portera sur les disparités en matière de santé. Je vais limiter mes observations à Montréal.

En 1998, la Direction de la santé publique de Montréal a publié son premier rapport, intitulé *Les inégalités sociales de la santé*, document qui a fait boule de neige et attiré l'attention des autres secteurs. On ne peut présenter un rapport sur les inégalités en matière de santé si on n'est pas disposé à siéger à de nombreux comités examinant des questions telles que les transports et l'éducation. L'exemple de Montréal montre qu'un tel rapport ne constitue que la première étape.

J'aimerais ajouter, en réponse à Mme Bégin, que les analyses de rentabilisation sont une bonne chose, mais je préférerais parler d'analyses sociales. Lorsque le secteur privé se mêle de la santé, il lui vient des idées bizarres.

Parlez à quiconque a affaire avec la Fondation Chagnon à Québec, et on vous confirmera que l'enfer est pavé de bonnes intentions et de bonne volonté. Vous ne passez pas Go et vous ne réclamez pas 200 $. Je ne suis pas certaine que les Bill Gates de ce monde nous viennent beaucoup en aide.

Que je sache, selon diverses publications canadiennes, nous pouvons miser sur plusieurs choses pour aller de l'avant. Si j'ai bien compris, l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé dit que le réseau de la santé sert à améliorer la santé des Canadiens et à réduire les inégalités. Nous avons là les assises sur lesquelles nous pourrions nous appuyer.

En terminant, j'aimerais vous faire remarquer que, lorsque l'on décide de se comparer avec d'autres pays, il faut le faire avec des pays qui s'imposent comme une référence. Ce n'est qu'à ce moment qu'on pourra faire des choix judicieux. On a tendance à se comparer avec nos voisins du Sud, et en utilisant les mauvais indicateurs. Par exemple, on fait la comparaison des temps d'attente pour les soins de santé entre le Canada et les États-Unis, mais on ne compare pas les deux pays sur le plan de l'accès aux soins de santé. On compare l'espérance de vie des Canadiens avec celle d'autres nationalités, et on obtient de bons résultats. Toutefois, lorsqu'on se compare avec des sociétés égalitaires comme le Danemark, la Norvège ou la Suède, on fait piètre figure, car on se classe alors au 25^{e} rang.

Je demande avec insistance qu'on se compare avec des pays qui sont des modèles du genre, et qu'on prenne l'habitude de le faire. On devrait se comparer avec des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques, soit l'OECD, et probablement avec l'Australie.

Mme Manson Singer : Je reviens à la déclaration de M. Cappe au sujet du rôle de premier plan que devrait jouer le gouvernement fédéral. J'appuie fermement son point de vue.

Je songeais à l'utilité concrète d'expliquer au ministre de la Santé de Terre-Neuve-et-Labrador qu'il devrait dès maintenant prendre position en faveur de la collecte de données sur les

health, or foster a great support around the social determinants of health. I do not think he would be particularly receptive to my advice. Actually, I would be telling him to walk down a short plank, which is not the role of any deputy minister.

Coming back to population health, we are talking about the vision of our country. What do we want for our people? What kind of Canada do we want? That is the role of the federal government, to champion the kind of Canada we want for our Canadian people. Passing that baton, the leadership role, to the federal government expresses the obligation that we have to ourselves, as citizens, to articulate what we want as a country for our people. To me, that is not the role of any single minister of health; it is the expression of what we want as Canadians.

In this report, I urge that we give the federal government not only the right of taking the leadership, but also the obligation to take the leadership. To me, that expresses who we are as Canadians and what we truly value.

Ms. Yalnizyan: The question of this session is how to foster political will — and context is everything. The political moment will indicate where people are in terms of context.

When we started the inequality project at the Canadian Centre for Policy Alternatives, one of the first things we did was polling and focus groups on what people thought about inequality and disparity at the moment. We learned through a national poll by Environics that one out of two Canadians feels they are a couple of paycheques away from poverty. When we look at the data, that response is irrespective of region and income class. It is not about poverty; what we heard was financial insecurity.

The second thing people said — irrespective of political stripe, income class or region — was that any political party that moved on the following four things would have over 80 per cent of political support from Canadians. Those four areas, in order of priority, are more affordable post-secondary education for their children; more affordable housing; child care by which they mean not only zero to five because kids do not take care of themselves once they go to school full-time; and higher minimum wage so that someone working full-time, full year is not still in poverty. The definition of the minimum wage would be to raise someone out of poverty if they are working full-time, full year.

indicateurs de qualité de la santé ou à favoriser une grande mobilisation autour des déterminants sociaux de la santé. Je ne crois pas qu'il serait particulièrement réceptif à ma proposition. En fait, cela reviendrait à lui demander de se mettre la corde au cou, ce qui ne fait pas partie du rôle d'un sous-ministre.

Pour revenir à la santé de la population, nous parlons de la vision que nous avons de notre pays. Que souhaitons-nous pour nos gens? À quoi voulons-nous que ressemble le Canada? Il appartient au gouvernement fédéral d'être le maître d'œuvre du Canada dans lequel souhaitent vivre les Canadiens. En passant le témoin au gouvernement fédéral pour qu'il exerce son leadership, nous exprimons l'obligation que nous avons envers nous-mêmes, en tant que citoyens, de donner une idée du genre de pays que nous voulons. À mon sens, ce travail ne relève pas seulement d'un seul ministre de la santé; il est l'expression de ce que nous souhaitons comme Canadiens.

Dans ce rapport, je demande instamment que nous précisions au gouvernement fédéral qu'il a non seulement le droit, mais également l'obligation d'exercer son leadership. Selon moi, le fait que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan reflète notre identité et nos valeurs.

Mme Yalnizyan : Principalement, cette séance vise à déterminer comment susciter une volonté politique — et tout est une question de contexte. La situation politique constituera un bon indice d'où en est rendue la population.

Lorsque le Centre canadien de politiques alternatives a donné le coup d'envoi à son projet relatif aux inégalités en matière de santé, il a d'abord sondé la population et formé des groupes de discussion pour connaître l'opinion des gens sur les inégalités et les disparités en matière de santé. Grâce à un sondage national mené par Environics, nous avons appris qu'un Canadien sur deux estime que seulement quelques chèques de paie les séparent de la pauvreté. Lorsqu'on examine les données, on remarque que cette réponse ne tient compte ni de la région ni du revenu des répondants. On ne parle pas de pauvreté, ici; ce que les gens expriment, c'est leur insécurité financière.

La deuxième chose qui ressort de ce sondage, c'est que tout parti politique qui appliquerait les quatre mesures suivantes recueillerait l'appui politique de 80 p. 100 des Canadiens, peu importe les allégeances politiques, le revenu ou la région. Ces quatre mesures, par ordre de priorité, sont les suivantes : une éducation postsecondaire abordable pour leurs enfants; un logement plus abordable; des services de garde qui ne sont pas seulement destinés aux enfants de moins de cinq ans, car les enfants plus âgés ne sont pas laissés à eux-mêmes dès qu'ils vont à l'école à temps plein; et, enfin, une augmentation du salaire minimum qui ferait qu'une personne travaillant à temps plein toute l'année pourrait s'affranchir de la pauvreté. Le salaire minimum serait augmenté à un taux permettant à une personne travaillant à temps plein, toute l'année, de demeurer au-dessus du seuil de pauvreté.

Those four things were the top priority for over 80 per cent of the population, dipping to about 76 per cent for the Conservatives in Alberta for some issues. I can make that document available to people.

If you want to foster political will, I could not agree more with Ms. Manson Singer on the need not only for federal leadership, but the federal obligation to set the tone. The tone is not only, what can we do to help the poor? I do not think the language of social determinants of health washes with people. I do not even think the language of poverty reduction washes with people. People need to see themselves and their insecurities reflected in what their governments are doing for them.

These four platforms — post-secondary education, child care, housing and higher minimum wage to lift someone out of poverty if they are working full-time, full year — reflect their concerns and insecurities. It is a short list. It addresses all the social determinants of health we are talking about.

Concern does not stop at early childhood education for the first five years, because the lost generation is 10 to 15 years old. Ms. Browne talked about what is happening in this group. I can tell you there are tri-level committees dealing with the guns and gangs from two years ago that are still trying to target initiatives to keep those kids off the street. One or both parents work all the time, and there is nothing for the kids to do where they live because they live in poor neighbourhoods. There is no funding for these things. Please do not think of early childhood education as ending when the child enters Grade 1.

Again, talking about how to seize the political moment to raise political will from both a leadership point of view as well as the grassroots point of view, maybe my middle initial should be "P" for Pollyanna. I think the winds of change are blowing because the Barack Obama campaign of "yes, we can" is infectious.

People are starting to think again that their governments can do something for them — any government, any leadership that takes action and says, this issue is not about poverty reduction but about prosperity. That is exactly what your agenda says; you do not call it the "business case." You say, "What is the economic case," and — in brackets, "the prosperity case. . .?" I can assure you, it is the prosperity case. It is the enhancing economic security case, because people do not feel secure right now.

Ces quatre éléments étaient jugés prioritaires par plus de 80 p. 100 de la population, tandis que certaines d'entre eux récoltaient l'appui d'environ 76 p. 100 des personnes d'allégeance conservatrice en Alberta. Je peux fournir les résultats du sondage aux personnes qui souhaiteraient le consulter.

En ce qui concerne la création d'une volonté politique, je suis pleinement d'accord avec Mme Manson Singer sur le fait qu'un leadership fédéral est nécessaire et que le gouvernement fédéral doit donner le ton. Ce n'est pas tout de se demander ce qu'on pourrait bien faire pour aider les pauvres. Je ne crois pas que le discours des déterminants sociaux de la santé interpelle les gens. Et, selon moi, même le discours sur la réduction de la pauvreté ne trouve pas un écho dans la population. Les gens doivent pouvoir s'identifier et reconnaître leurs insécurités dans les actions du gouvernement.

Ces quatre éléments — l'éducation postsecondaire, les services de garde, le logement et l'augmentation du salaire minimum de façon à ce qu'une personne travaillant à temps plein, toute l'année, puisse s'affranchir de la pauvreté — sont le reflet de leurs préoccupations et de leurs insécurités. La liste est courte, mais elle englobe tous les déterminants sociaux de la santé en question.

Il ne faut pas uniquement se soucier de l'éducation de la petite enfance, soit les enfants de moins de cinq ans, parce que les jeunes de la génération sacrifiée ont entre 10 et 15 ans. Mme Browne a parlé de ce que vivaient les membres de ce groupe. Il y a deux ans, on a mis sur pied des comités formés de représentants provenant des échelons fédéral, provincial et municipal pour qu'ils s'occupent de la question des armes à feu et des gangs de rue, et ils tentent toujours de trouver des initiatives qui aideraient ces jeunes à sortir de la rue. L'un des parents ou les deux travaillent à temps plein, et les enfants n'ont accès à aucune activité parce qu'ils habitent dans des quartiers défavorisés. Il est impossible d'obtenir du financement pour aider ces jeunes. Ne pensez pas que l'éducation de la petite enfance se termine en première année.

Encore une fois, en ce qui concerne la façon de déterminer le moment politique opportun pour susciter une volonté politique tant au sein du gouvernement fédéral que dans les collectivités, je crois que je suis d'un optimisme à tous crins. Je pense que le vent est en train de tourner, sûrement sous l'effet de la campagne de Barack Obama, dont le slogan « yes, we can » est contagieux.

Les gens recommencent à croire que les gouvernements — quels qu'ils soient —peuvent faire quelque chose pour eux s'ils prennent les mesures nécessaires et qu'ils déclarent qu'elles visent non pas à réduire la pauvreté, mais à accroître la prospérité. C'est exactement ce que dit votre programme; il ne s'agit pas de parler d'une « analyse de rentabilisation ». Vous devez dire : « Quel est l'argumentaire économique » et, entre guillemets, « l'argumentaire pour la prospérité [...] ? » Je peux vous assurer qu'il s'agit d'un argumentaire pour la prospérité. On vise à augmenter la sécurité économique, car la population ne se sent pas en sécurité actuellement.

We are at the end of a decade of blockbuster growth for this country. We should be embarrassed that we have not done more. This is a moment to move forward. There is an agenda that can be seized, if any party is willing to move forward with it at the federal level.

Mr. Osberg: Ms. Yalnizyan mostly said it all. The only thing I underline is the health implications of insecurity, anxiety and stress repeated over many years, particularly when someone is the sole parent. Many people are particularly vulnerable to the economic stresses they are exposed to, more than ever. They have a much greater distance to fall because we have cut away the social safety net over these past few years.

Mr. Reading: I was reflecting on the recent report on population health, which looked at a total of 360 programs and services available across 30 federal departments and agencies that target Aboriginal peoples in Canada. It has occurred to many people before that we ought to be able to align these programs and services with a goal of improved health. That alignment is what is missing. The departments are firing off in all directions and not actually hitting the target.

One fantastic idea is that there be a cabinet committee on social determinants of health. I am an academic and I think about social determinants. There is much debate about disparities and inequalities that lead to vulnerabilities. Average Canadians do not care much about the inner workings and how all these things split up. We study these issues but people are interested in improving the health of Canadians. A cabinet committee aligning whole-of-government approaches to improving the health of Canadians and to reducing vulnerability for future populations has a more politically viable and sellable ring to it than "social determinants," which is a bit wordy.

There seems to be a lack of vision. We have all kinds of social programs in Canada that provide these services but they have not been aligned in recent years. The idea is to align under some kind of vision, be incremental in how they are played out through strategic investments and set specific goals and measurable objectives of progress against those goals. The report also talks about how the federal government initiated a set of goals in partnership with the provinces but that those goals were never adopted. It did not happen because it was a half-baked plan and did not have the political support of a cabinet committee to move the agenda forward.

On my final point, Regent Park in Toronto was a social experiment in Canada undertaken in the 1950s by well-meaning people who gathered in rooms such as this one to improve the public health of vulnerable populations living in an urban environment. It has been a colossal disaster. One reason it did not succeed is that the people undertaking the project never engaged with the people who live in the area about what the people wanted in terms of their health and well-being. The road to

Une décennie de croissance effrénée va bientôt se terminer au Canada. Nous devrions avoir honte de ne pas en avoir fait davantage. C'est le moment d'aller de l'avant. Il y a un programme à mettre en œuvre, si jamais un parti politique à l'échelon fédéral est disposé à faire le saut.

M. Osberg : Mme Yalnizyan a dit, en grande partie, tout ce qu'il y avait à dire. La seule chose que j'aimerais souligner, c'est que la sécurité, l'anxiété et le stress que vit une personne pendant de nombreuses années ont une incidence sur sa santé, surtout si elle est chef de famille monoparentale. Nombre de personnes sont particulièrement vulnérables aux stress économiques auxquels elles sont exposées, maintenant plus que jamais. Elles sont beaucoup plus désavantagées parce que le gouvernement a sabré dans les programmes sociaux au cours des dernières années.

M. Reading : Je regardais le dernier rapport sur l'état de santé de la population, document qui a évalué 360 programmes et services offerts aux Autochtones par 30 ministères et organismes du gouvernement fédéral. Bon nombre de personnes ont fait remarquer que nous devrions aligner ces programmes et services sur l'objectif relatif à l'amélioration de la santé. C'est ce que nous n'avons pas fait. Les ministères tirent dans toutes les directions et, de fait, ratent la cible.

On a proposé une idée fantastique, soit celle de créer un comité du Cabinet chargé d'examiner les déterminants sociaux de la santé. Je suis un chercheur et je me préoccupe des déterminants sociaux. Le fait que les disparités et les inégalités rendent les personnes vulnérables suscite bien des débats. Le Canadien moyen ne s'intéresse guère aux rouages internes de l'affaire et à ses ramifications. Nous étudions ces questions, mais les gens s'intéressent à l'amélioration de la santé des Canadiens. Un comité du Cabinet s'occupant d'harmoniser les politiques gouvernementales pour améliorer la santé des Canadiens et réduire la vulnérabilité des générations futures constituerait un programme beaucoup plus viable et vendable sur le plan politique que la question des « déterminants sociaux », expression un peu pompeuse.

Il semble qu'il y ait un manque de vision. Nous avons toutes sortes de programmes sociaux au Canada qui offrent ces services, mais ils n'ont pas été harmonisés au cours des dernières années. L'idée, c'est de les coordonner selon une certaine vision, de les mettre en œuvre de façon progressive au moyen d'investissements stratégiques et de se fixer des objectifs précis et mesurables. Le rapport explique également que le gouvernement fédéral a établi un ensemble d'objectifs en partenariat avec les provinces, mais que ces objectifs n'ont jamais été réalisés. Si cela n'a pas eu lieu, c'est que le plan était boiteux et n'a pas reçu l'appui politique d'un comité du Cabinet, qui aurait pu mettre cette initiative en place.

Mon dernier point porte sur Regent Park, à Toronto, une expérience sociale menée au Canada dans les années 1950 par des personnes bien intentionnées qui se sont réunies dans une salle comme celle-ci pour trouver des moyens d'améliorer la santé publique des populations vulnérables vivant en milieu urbain. Cette initiative a été un échec monumental, entre autres parce que les responsables du projet n'ont jamais consulté les personnes qui vivaient dans ce quartier défavorisé pour savoir comment elles

hell is paved with good intentions. Now, the City of Toronto is trying to reinvent the Regent Park area to improve it for all who live there. It is my view that community engagement is the key, and community engagement is connected to political will.

The Chair: We will begin our final session on theme four. Mr. Lewis will facilitate this session. I can assure you we will wrap up the session by four o'clock. Without any further ado, I turn the meeting over to Mr. Lewis.

Mr. Lewis: This last session is to generate some sense of priorities for accelerating progress. Since we have a large, diverse and committed group, consensus may be somewhat elusive. However, we at least want your concrete ideas about what you think we should do. Some priorities have already emerged.

Before we go to that part, I have two questions to pose, one to Ms. Yeates and the other to Senator Eggleton.

Ms. Yeates, given what you have heard today, what do you infer from this conversation about the information and analysis agenda that you think the country needs to pursue? Where are the gaps that you think most need to be overcome?

They may or may not deal with your own mandate directly. They can relate Statistics Canada and others.

Ms. Yeates: A number of things come to mind. First, people talked about push and pull on indicators. The focus on wait times has driven us to measure them, then to report and do something. It has created a demand for population health measures and, ideally, an inequality measure. Other countries have this measure. That would drive a lot of research on what measures are useful and we would then have a sense of how we are performing on these measures over time. That would drive the demand.

Second, I come back to the creation of a climate for linkage. In a sense, populating population health measures over time is largely about being able to pull data together. A lot of barriers exist to that capability at the moment, most of which vanish if we work on them. They are not barriers that cannot be overcome. However, overcoming them takes much energy, time and effort. We need to pull this data together for the country as opposed to having all these little pockets. These linkages would be created locally, provincially and nationally. Creating them would be a huge achievement.

Third, the greatest source for more data that I see on the horizon to establish those kinds of linkages is EHR, the electronic health record. I do not see a lot of opposition. Rather, no one has

souhaitaient améliorer leur santé et leur bien-être. L'enfer est pavé de bonnes intentions. Maintenant, la Ville de Toronto essaie de réinventer le quartier de Regent Park pour en faire un endroit agréable pour les gens qui y vivent. À mon sens, l'engagement de la collectivité est essentiel, et une telle participation est directement liée à la volonté politique.

Le président : Nous allons entamer la dernière partie de notre séance, qui porte sur le quatrième thème. M. Lewis animera cette partie. Je puis vous assurer que nous allons la terminer à 16 heures. Sans plus tarder, je cède la parole à M. Lewis.

M. Lewis : Dans le cadre de cette dernière partie, nous tenterons de trouver le moyen de susciter un certain sentiment d'urgence pour faire accélérer le processus. Comme nous sommes un groupe nombreux formé de personnes issues de divers milieux, il se pourrait que nous ayons de la difficulté à parvenir à un consensus. Toutefois, nous souhaitons que vous nous disiez exactement ce que vous croyez que nous devrions faire. Nous avons déjà cerné certaines des priorités.

Avant de poursuivre, j'aurais deux questions à poser : une à Mme Yeates et l'autre au sénateur Eggleton.

Madame Yeates, compte tenu de ce que vous avez entendu aujourd'hui, que déduisez-vous de la discussion portant sur le programme d'information et d'analyse que le gouvernement devrait mettre en œuvre? Quelles sont les lacunes que nous devrions nécessairement combler?

Cela peut se rapporter directement ou non à votre propre mandat. On peut établir un lien entre Statistique Canada et autre chose.

Mme Yeates : Un certain nombre d'éléments me viennent en tête. D'abord, les gens ont parlé du jeu des indicateurs. L'accent a été mis sur les temps d'attente, ce qui nous a amenés à les mesurer, à signaler la situation et à intervenir. Cela a créé une demande pour des mesures de la santé publique, et, idéalement, elle devrait entraîner une demande pour une mesure des inégalités. D'autres pays mesurent cet aspect. Cela aurait pour effet de stimuler la recherche servant à déterminer quelles mesures seraient utiles, et, au fil du temps, nous aurions une idée de notre rendement à l'égard de ces mesures. Cela stimulerait la demande.

Ensuite, je reviens à la création d'un environnement propice au couplage de données. Dans un sens, alimenter une base à partir de données concernant des mesures de la santé publique sur une certaine période de temps, c'est principalement être en mesure de grouper ces données. À l'heure actuelle, cette capacité est entravée par de nombreuses barrières, dont la plupart pourraient disparaître si on y travaillait. Il ne s'agit pas d'obstacles qui ne peuvent être surmontés. Toutefois, pour en venir à bout, on devra y consacrer du temps et de l'énergie. Nous devons réunir ces données pour l'ensemble du pays plutôt que pour de petits groupes isolés. Ces couplages pourraient avoir lieu à l'échelon local, provincial et national. Leur création représenterait une énorme réalisation.

Troisièmement, le dossier médical numérique et le dossier médical électronique sont, selon moi, les outils qui nous permettront bientôt de réaliser ce type de couplage. Je constate

thought their way through this issue. We need a voice to be out in front talking about it as a potential source for powerful, ongoing, inexpensive, not redundant, population health data. It pushes a lot of buttons on efficiency. That role is huge because not many people think that far out.

Fourth — Ms. Potvin mentioned this point as well — having a greater sense of what works will be important. The business case needs to be made over and over again. The bar is high because of the latency and because of all the issues that have been raised. We do not devote many resources to this issue in our research agendas.

The federal government is a big funder of research and can play a role in devoting a greater proportion of that research enterprise to answering the question of what works. It is one thing to say we have a problem, but it is another to have ideas about how to solve the problem. At the end of the day, people will come back to whether this approach is making a difference, which is a legitimate question.

On the biomedical side, a whole enterprise is well designed to answer the question of, does this approach work? We do not have that same enterprise. There is a problem if we do not have that same kind of intervention research.

Last, there is a question of diffusion of the mandate. No one enterprise in the country will solve all this problem. Having spent most of my career in government, inherently, some of these questions will be uncomfortable for governments. We need to think about where we place the voice of these issues on an ongoing basis.

That may sound self-serving coming from an agency outside government. Therefore, I hasten to say we could play that role and I think others could play that role. I know playing that role from within government can be difficult.

Mr. Lewis: Senator Eggleton, you parked the intriguing notion of fiscal imbalance. You were the mayor of a Canadian city that has taken inequality-related issues as seriously as any. For example, the Toronto Board of Health has had a visionary leadership role.

Tell me if I am reading too much into what you implied. However, I think you said we should flow more funds to the municipal level where we may have a better chance of success dealing with some of these things. A lot of social capital is at the municipal level and the scale is small enough, even in a big city, that they can make headway. The determinants of health are visible on the ground.

qu'ils ne comptent pas beaucoup d'opposants. En fait, personne n'a vraiment réfléchi à cette option de façon approfondie jusqu'à maintenant. Nous avons besoin de quelqu'un qui saura montrer que ce sont des outils puissants pouvant nous alimenter de façon continue en données sur la santé publique qui sont peu coûteuses et non répétitives. Il s'agirait de méthodes hautement efficientes. C'est un rôle crucial, car la plupart des gens ne poussent pas la réflexion si loin.

Quatrièmement — Mme Potvin a également mentionné ce point —, il serait très important d'avoir une bonne idée des méthodes qui fonctionnent. Il faut répéter l'exercice de l'analyse de rentabilisation maintes et maintes fois. La barre est haute en raison de la période de latence et de toutes les difficultés qui ont été évoquées. Nous ne consacrons pas beaucoup de ressources à cette question dans nos programmes de recherche.

Le gouvernement fédéral est un important bailleur de fonds des recherches et peut jouer un rôle en utilisant une grande partie de ces activités de recherche pour déterminer quels sont les mécanismes qui donnent des résultats. C'est une chose de reconnaître qu'il y a un problème, mais c'en est une autre de trouver des moyens de le résoudre. Au bout du compte, les gens voudront savoir si les mesures adoptées ont vraiment une incidence, ce qui est tout à fait légitime.

Sur le plan biomédical, il serait tout indiqué de concevoir une initiative globale servant à déterminer si l'approche choisie fonctionne. Nous ne disposons pas d'une telle initiative. C'est un inconvénient si nous n'avons pas cette capacité de recherche interventionnelle.

Enfin, il faut penser à la diffusion du mandat. Aucune organisation dans le pays ne peut à elle seule résoudre ce problème. Comme j'ai passé le plus clair de ma carrière au sein de l'appareil gouvernemental, je sais que certaines questions, de par leur nature, mettront les gouvernements mal à l'aise. Nous devons penser à diffuser régulièrement le message concernant ces préoccupations.

Mes propos peuvent sembler intéressés venant d'une représentante d'un organisme extérieur au gouvernement. Par conséquent, je m'empresse d'ajouter que nous pourrions remplir ce rôle, et je crois que d'autres pourraient également le faire. Je sais qu'il peut être difficile d'accomplir ce mandat au sein d'un gouvernement.

M. Lewis : Sénateur Eggleton, vous avez évoqué la notion intéressante du déséquilibre fiscal. Vous avez été maire d'une ville canadienne qui a mis le problème des disparités en matière de santé sur un pied d'égalité avec d'autres problèmes importants. Par exemple, le Toronto Board of Health a joué un rôle de premier plan appuyé sur une vision pour l'avenir.

N'hésitez pas à m'interrompre si j'infère trop de choses de ce que vous avez dit. Vous avez affirmé, si je ne m'abuse, que nous devrions affecter plus de ressources financières à l'échelon municipal, qui pourrait obtenir de meilleurs résultats que nous s'il s'occupait de ce dossier. On retrouve beaucoup de capital social à l'échelon municipal, et l'échelle est assez modeste, même dans une grande ville, pour que l'administration puisse faire des progrès. Les déterminants de la santé sont visibles à cette échelle.

These should be your comments.

Senator Eggleton: You said it better than I could. I agree with that summary.

I do not anticipate that the different orders of government will come together and re-carve the pie. It would be good for local government to have more progressive taxes, such as income tax or the sales tax. I do not think that is about to happen in a direct way, but it can happen in an indirect way. It is already happening somewhat with the gasoline tax that goes to local governments for infrastructure, which is an important part of what the local governments do.

We could have double devolution, as they call it. The federal government could devolve funds through the province, since they want to follow the constitutional correctness, down to the local level.

In an urban development agreement format, if the federal government is willing to devolve those funds, the federal government has some obligation to ensure that the government that is most logical to deliver the service will have the funds and resources they need to deliver it.

Mr. Lewis: We now open the floor for priority setting. We ask you to be as practical as possible and as directive as you are inclined to be in regard to what you think this Senate subcommittee should pursue to accelerate the uptake of the inequalities agenda.

You have heard a lot from each other today. We do not expect you to agree on everything. However, put some ideas on the table and we can discuss them and see where we end up.

Ms. Bégin: I listened to colleagues during the coffee break. There is no available business case in the classical sense of the term that we can easily use in Canada. Ms. Yalnizyan referred to the Environics study and the four pillars that people identified as their main worries. That language is equivalent to a business case. I ask, why a business case? Idealists dream to replace the use of the word "equity" with social justice words. I am sorry; they are like two constituencies.

Ms. Yalnizyan never used the words "social determinants of health." I did not write down the four pillars, but I recall one is housing and one is financial insecurity. Using that language for Canadians in an agenda for prosperity, et cetera, is, to me, the equivalent of a business case. It is language understood by a vast majority of people, which is the language that is needed. It is a positive measure.

Voilà ce qui résume vos commentaires.

Le sénateur Eggleton : Je n'aurais pas pu dire mieux. Vous avez bien résumé mes observations.

Je ne crois pas que les différents ordres de gouvernement s'entendront sur une nouvelle répartition des recettes fiscales. Il serait bien que les administrations municipales puissent percevoir des impôts plus progressifs, comme un impôt sur le revenu ou une taxe de vente. Je ne crois pas qu'on pourrait appliquer un tel mécanisme directement, mais on pourrait le faire d'une manière indirecte. C'est ce qui se produit actuellement pour ce qui est de la taxe sur l'essence qui revient aux administrations locales pour l'entretien des infrastructures, qui est l'une des tâches importantes qui incombent aux municipalités.

Il pourrait y avoir un double transfert des responsabilités, comme on l'appelle. Le gouvernement fédéral pourrait transférer des fonds, par l'intermédiaire du gouvernement provincial — puisqu'ils veulent qu'on se conforme au régime constitutionnel —, aux municipalités.

Dans le cadre d'une entente sur le développement urbain, si le gouvernement fédéral est disposé à transférer ces fonds, il a l'obligation de faire en sorte que l'échelon qui logiquement doit fournir le service en question dispose des fonds et des ressources nécessaires à l'accomplissement de son rôle.

M. Lewis : Nous vous invitons maintenant à définir quelles seraient les priorités. Nous vous demandons d'être aussi concrets que possible et d'être aussi fermes que vous avez envie de l'être lorsque vous donnerez votre opinion sur les moyens que devrait prendre le sous-comité pour accélérer la mobilisation autour du programme relatif aux inégalités en matière de santé.

Aujourd'hui, vous avez pu vous faire une bonne idée du point de vue de chacun. Nous ne nous attendons pas à ce que vous consentiez à toutes les propositions. Toutefois, faites quelques suggestions : nous pourrons en discuter et voir où elles peuvent nous mener.

Mme Bégin : J'ai écouté les discussions de mes collègues pendant la pause. Il n'y a aucune analyse de rentabilisation, dans le sens classique du terme, que nous utilisons habituellement au Canada. Mme Yalnizyan a fait allusion à l'étude réalisée par Environics et aux quatre préoccupations principales des Canadiens. Ce genre de discours équivaut à une analyse de rentabilisation. Je vous demande : « Pourquoi faut-il absolument une analyse de rentabilisation? » Les idéalistes rêvent de remplacer le mot « équité » par des termes qui reflètent la justice sociale. Je suis désolée, mais il s'agit-là de deux choses différentes.

Mme Yalnizyan n'a jamais utilisé l'expression « déterminants sociaux de la santé ». Ce n'est pas moi qui ai parlé des quatre préoccupations des Canadiens, mais, si je me rappelle bien, l'une se rapportait au logement et l'autre, à la sécurité financière. Si on présente aux Canadiens un programme favorisant la prospérité, et cetera, qui mentionne ces quatre éléments, à mon avis, cela équivaudrait à une analyse de rentabilisation. Ce langage serait compris par la vaste majorité de la population, et c'est celui dont nous avons besoin. Il s'agit d'une mesure positive.

Mr. Cappe: I want to talk about collaboration. There seems to be a theme or a trend going through the conversation. My experience in government has been that something does not exist unless it has an acronym. I want to call for more acronyms. I want to talk about FPT and WOG.

One of my previous colleagues once said that it was the toadies in the TOAD, The Office of Acronym Development that exists in the Privy Council Office, which made government work.

FPT is federal-provincial-territorial collaboration, and WOG is the whole-of-government approach. We throw those words around as if we know what they mean, and I do not think we understand federal-provincial-territorial collaboration, cooperation or the whole-of-government approach.

In 1994, I chaired a deputy minister's panel on working horizontally. That term does not refer to the prone position but, rather, to working collaboratively. We discovered the blindingly obvious. We had 450 years of collective public service experience, and we figured out that we need to align objectives. No one is against improving population health, but translating that goal into something that is manageable, and that provincial ministers of finance and treasury can support, is difficult.

Aligning objectives is crucial. Respecting jurisdiction is a no-brainer. Not being too territorial is also required, and that is much more difficult. Give credit, not blame, and reward people for good behaviour. Those basic principles of good management and good cooperation are required here.

How to operationalize those principles is much more difficult. Sometimes, there is a conjunction of forces that come together to allow it to happen. The National Child Benefit was one of those moments in time when we were lucky that there was collaboration among ministers.

I will use the example of Pierre Pettigrew as the Minister of Human Resources Development Canada and Stockwell Day as the Minister of Social Services in Alberta. They were not exactly political allies, but they worked in the same direction to improve the quality of health and income for children in poverty.

There are ways of making it happen, and I emphasize the need for that cooperation and collaboration. At the end of the day, I do not believe that the Canadian public rewards acrimonious politics. I think they reward success, and we need to play to the success.

M. Cappe : J'aimerais discuter de la collaboration. Il semble qu'il y ait un thème ou une tendance qui se dégage des conversations. Selon mon expérience au sein du gouvernement, un programme n'existe pas tant qu'il n'arbore pas un acronyme. J'aimerais qu'on crée plus de sigles et d'acronymes. Je veux parler de FPT et d'AGC.

L'un des mes anciens collègues m'a déjà dit que ce sont les apôtres de la création des acronymes au Bureau du Conseil privé qui permettent au gouvernement de fonctionner.

FPT signifie « fédéral-provincial-territorial », à savoir une collaboration entre ces ordres de gouvernement, et AGC renvoie à l'approche gouvernementale commune. Nous utilisons ces sigles en croyant savoir ce qu'ils signifient, mais je ne crois pas que nous comprenons en quoi consiste une collaboration ou une coopération fédérale-provinciale-territoriale, ou une approche gouvernementale commune.

En 1994, en tant que sous-ministre, j'ai présidé un groupe qui s'est penché sur le travail horizontal. Cette expression renvoie non pas à la position couchée, mais plutôt à la collaboration. Nous avons découvert ce qui était l'évidence même. Nous comptons 450 années d'expérience collective dans la prestation de services publics, et nous avons compris qu'il nous fallait harmoniser les objectifs. Nul ne s'oppose à l'amélioration de la santé publique, mais il est difficile de transformer cet objectif en quelque chose de gérable que les ministres provinciaux des Finances et du Conseil du Trésor peuvent appuyer.

L'harmonisation des objectifs est essentielle. Le respect des compétences n'est pas sorcier. Il est également important de ne trop se préoccuper des chasses gardées, mais cela nous donnera beaucoup plus de fil à retordre. Reconnaissons les bons coups, évitons de blâmer les autres et récompensons les personnes pour leur bonne conduite. Il est nécessaire d'adopter ces principes de base d'une bonne gestion et d'une bonne coopération.

Toutefois, il est beaucoup moins aisé de mettre ces principes en pratique. Parfois, la conjonction des forces de chacun nous permet d'atteindre nos buts. Nous avons eu la chance d'assister à la création de la Prestation nationale pour enfants, l'une des mesures qui sont le fruit d'une collaboration entre les ministres.

Pensons à l'époque où Pierre Pettigrew était ministre de Ressources humaines et Développement social Canada et Stockwell Day était ministre des Services sociaux du gouvernement de l'Alberta. Ils n'étaient pas exactement des alliés politiques, mais ils ont coordonné leurs actions pour améliorer la santé de la population et augmenter les prestations destinées aux enfants défavorisés.

Il y a des moyens d'y parvenir, et je souligne à grands traits le besoin de coopération. En fin de compte, je ne crois pas que les Canadiens soient en faveur d'un environnement politique acrimonieux. Je crois qu'ils préfèrent la réussite, et c'est ce que nous devons viser.

Dr. Reading: In terms of priorities, obviously I support a priority in the area of Aboriginal health. There is a perception, particularly within government, that First Nations and Inuit people want special treatment. What people want is equity. What people do not have is equity, and that principle is important.

What resonates in this government is this whole concept of First Nations and their special rights, et cetera. I am concerned that there will be some radical "fix" that will happen at some point in the future, but I cannot predict when. I am concerned about having a social safety net in place when that fix happens because it will be an experiment undertaken in realtime, with real people and with real wins and losses.

We forget that the highest rates of teenage suicide in the world are among Aboriginal kids, and that is a strong indicator of extremely difficult circumstances. We tend to turn a blind eye to those circumstances. It is out of sight, out of mind; let us not deal with that problem. Those circumstances can become better, but they can also become worse.

In terms of three concrete suggestions, first, frame the issue as a fundamental human rights issue. Second, look at income security, particularly directed towards families with children, and look at creating that social safety net for those families if they do not have one right now.

Third, there has been a lot of discussion about early childhood education, which I support, and I have been involved with Fraser Mustard and that group for a number of years. What people may not know is that there is only 25 per cent coverage of Aboriginal Head Start programs in this country. Certainly, a public policy lever would improve that to 100-per-cent coverage. We know it works. Seven generations of presidency in the United States have supported the Head Start program there. We know from the Perry Preschool Program and several other studies that it works.

In Canada, it is a no-brainer, especially in the Aboriginal communities.

Mr. Wright: Be sure to focus, wherever you go. You cannot be all things to all people. You cannot be the flavour of the month. We see that all the time. The issue must be dedicated, as we said earlier, championed and provided with leadership.

I think an excellent focus is children. We can all relate to children one way or another, whether we are grandparents or parents, or whether we were children once ourselves. Some of us still are. It is a tremendous opportunity to put a focus on all aspects. Aboriginal children are of particular note.

Le Dr Reading : Pour ce qui est des priorités, je crois évidemment qu'il faut mettre l'accent sur l'amélioration de la santé des Autochtones. On a tendance à croire, particulièrement au sein du gouvernement, que les Premières nations et les Inuits souhaitent obtenir un traitement de faveur. Or, ce qu'ils veulent, c'est être traités équitablement. On ne les met pas sur un pied d'égalité avec le reste de la population, et le principe d'égalité est important.

Ce qui préoccupe le gouvernement actuel, c'est le concept même de Premières nations et leurs droits particuliers, et cetera. Je crains qu'on applique un jour une solution radicale pour régler la situation, mais je ne peux prédire quand cela se produira. J'espère qu'un filet social sera en place lorsqu'on décidera d'appliquer cette solution, car il s'agira d'une expérience effectuée en temps réel, avec de vraies personnes, de vrais progrès et de vrais échecs.

Il ne faut pas oublier que les jeunes Autochtones affichent le taux de suicide le plus élevé du monde, ce qui constitue un bon indice des circonstances extrêmement difficiles dans lesquelles ils évoluent. Nous fermons les yeux sur cette situation. On ne la voit pas, on n'y pense pas; n'essayons pas de régler le problème. Ces circonstances peuvent s'améliorer, mais elles peuvent également s'aggraver.

Voici mes trois propositions concrètes : premièrement, présentez les faits comme une question fondamentale de droits de la personne. Deuxièmement, penchez-vous sur la sécurité du revenu, particulièrement à l'égard des familles qui comptent des enfants, et pensez à mettre en place un filet social pour ces familles s'il n'y en a pas à l'heure actuelle.

Troisièmement, on a longuement discuté de l'éducation de la petite enfance, principe que j'appuie, et j'ai participé aux activités du groupe de Fraser Mustard pendant un certain nombre d'années. Ce que les gens ne savent peut-être pas, c'est que seulement 25 p. 100 des Autochtones du pays bénéficient du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Certes, un levier stratégique public permettrait d'appliquer le programme à la totalité des Autochtones. Nous savons que cela fonctionne. Sept présidents aux États-Unis ont tour à tour appuyé l'équivalent de ce programme là-bas. Grâce au Perry Preschool Program et à diverses études, nous savons qu'un tel programme est efficace.

Au Canada, c'est l'évidence même, particulièrement dans les collectivités autochtones.

M. Wright : Assurez-vous de concentrer vos efforts, peu importe ce que vous entreprenez. On ne peut pas plaire à tout le monde. Il ne s'agit pas d'être la saveur du mois. C'est ce qui arrive constamment. On doit consacrer temps et efforts à cette cause, comme on l'a dit plus tôt, et la défendre en faisant preuve de leadership.

Je crois que nous pourrions concentrer nos actions sur les enfants. Tout le monde se sent interpellé par les enfants d'une façon ou d'une autre, qu'il s'agisse des grands-parents ou des parents, ou parce que nous-mêmes avons déjà été des enfants. Certains d'entre nous le sont toujours. Il s'agit d'une occasion

I encourage senators to think along those lines. The urban development agreements are a good model that can be utilized. One size does not fit all in terms of the provinces. The needs of every province are different, the needs of every municipality are different, and the urban development agreement has allowed for that flexibility.

The Chair: I totally agree. As a matter of fact, I had a preconception, and it will change according to what we hear as we go along. I had the preconception that when it came to programs, our top priority would be maternal health and early childhood development. I want to hear your comment that. I believe if a child is born of an unhealthy mother, that child is playing a losing game. Therefore, we need to back up to the mother.

With respect to the early childhood development situation, I teased an answer out of Ms. Potvin and Ms. Manson Singer this morning when they gave me the information I was looking for. That entire area will be important as to exactly how we deal with that situation so it is done right and so that there are not political movements that superficially pretend they are caring for kids and in fact, are doing them harm.

I want you to comment a little further on that point. I want to be sure I have your thoughts.

Mr. Wright: I think you have captured them more than adequately. I will begin at the beginning, which is with the parent and parenting skills; prenatal and post-natal.

I throw out a pitch for children's dental sealant programs, which is something small and simple. They make a tremendous difference in this country in many ways. The children cry out for a program of that nature.

I think you have it right. Proceeding step by step with great focus will produce great results.

Mr. Dodge: I do not have much to add because that is exactly where I would put the priority, as I said earlier.

You will have some nice wordsmithing to do, but one thing about focusing on the kid side is that you can express it in terms of creating opportunity. If someone does not start right, they are cooked from going on. That applies in all domains, but it is especially true in terms of living a healthy, productive life. You can then use that focus as a platform to deal with the special problems relating to Aboriginals, which are clearly in the federal extraordinaire de cibler tous les aspects se rapportant aux enfants. Accordons également une attention particulière aux enfants autochtones.

J'encourage les sénateurs à penser ainsi. Les ententes sur le développement urbain sont un bon modèle à utiliser. Il n'y a pas un modèle unique qui sied à toutes les provinces. Les besoins varient selon les provinces et les municipalités, et les ententes sur le développement urbain peuvent être adaptées aux particularités.

Le président : Je suis tout à fait d'accord. En fait, j'avais des idées préconçues, et elles vont changer selon ce que nous entendrons au fil des interventions. Je croyais que, lorsqu'il était question des programmes, la priorité devait être accordée à la santé maternelle et au développement de la petite enfance. J'aimerais entendre vos commentaires à ce sujet. À mon avis, si un enfant naît d'une mère qui n'est pas en santé, il ne part pas du bon pied. Par conséquent, nous devons aider la mère.

En ce qui concerne le développement de la petite enfance, j'ai tiré les vers du nez à Mme Potvin et à Mme Manson Singer ce matin; elles m'ont donné la réponse que je cherchais. Dans ce dossier, il sera important de déterminer comment nous allons régler la situation pour que tout soit fait dans les règles de l'art et qu'aucun mouvement politique qui prétend se soucier des enfants mais qui, en réalité, leur fait du tort, ne puisse s'immiscer dans cette affaire.

J'aimerais que vous commentiez davantage ce point. Je veux être certain d'obtenir votre opinion.

M. Wright : Je crois que vous avez exprimé notre point de vue de façon plus que satisfaisante. Je vais commencer par le début, c'est-à-dire le parent et ses compétences ainsi que les soins prénataux et postnataux.

J'ai fait un argumentaire en faveur de programmes encourageant l'application d'une résine de scellement sur les dents des enfants, mesure qui est simple et facile à mettre en place. Ces programmes améliorent grandement la santé dentaire des enfants dans le pays. Les enfants ont besoin de programmes de cette nature.

Je crois que vous avez mis le doigt sur la solution. Si l'on procède étape par étape en concentrant nos efforts, nous obtiendrons des résultats incroyables.

M. Dodge : Je n'ai pas grand-chose à ajouter, car il s'agit exactement des questions que je juge prioritaires, comme je l'ai dit plus tôt.

Vous devrez jouer avec les mots, mais l'avantage, lorsqu'on concentre ses actions sur les enfants, c'est qu'on peut parler de création de possibilités. Si un enfant ne connaît pas un bon départ, il est cuit. Ce principe s'applique à tous les domaines, mais il est particulièrement pertinent lorsqu'il est question d'avoir une vie saine et productive. On peut alors utiliser ce point central comme une plateforme pour s'occuper des questions spéciales se

domain, and you can use it as a platform to deal with the Canada Child Tax Benefit. Some things are right in the federal domain.

You can also deal with the issue as part of the platform on the public health side. I do not think we ought to forget that it is incredibly important that the great program of inoculation continue, and we are experiencing middle-class resistance to that right at the moment.

That gives you a tree on which you can put a few branches that relate to, in particular, the federal domain.

Mr. Lewis: We would be open to the charge that this proposal is not very ambitious: This is the same conversation that has taken place at 10-year intervals since 1975. You are right. Everyone says we should invest in kids, but the dilemma is that we seem to have a steep discount rate for those kinds of investments, and nobody seems to care. Once the realization is six years, seven years, ten years or fifteen years out, interest wanes quickly and the programs are limited quickly.

Is your message only realpolitik and that is all you will get? Are you saying to the Senate committee, Forget about grand ambitions here and forget about Canada entering into Scandinavian territory on the inequalities front: Keep doing your Canadian thing in voluntary increments, make a little progress and chip away at it?

Do you think there is room, and I think the Senate subcommittee is interested in this point, for accelerating that kind of change?

Mr. Dodge: If you do not have focus, if you try to go on some big grand thing, given that there is no particular economic or perceived social crisis on your hands, you will not go anywhere. That is the practical side. Therefore, let us do something that we know has a real payoff. Unfortunately, as in all these things, you have to keep hammering at it time and time again.

You are trying to make it more salient. This is so important to all of us right now because everybody is worried about the aging society, and rightly so. The best way that a 20-year-old or a 30-year-old can ensure that there will be people to pay their pensions and so on is to give the five-year-old coming into the system the best possible start.

The dynamics at the moment, it seems to me, may actually favour going after the kids' issue. We are all worried about this population problem in a way that, 10 or 15 years ago, when we were trying to push the issue, was not there. You need to find a political hook, but this is the right thing to do. We have all sorts

rapportant aux Autochtones, ce qui relève clairement du gouvernement fédéral, et on peut s'en servir comme une plateforme pour aborder la question de la Prestation fiscale canadienne pour enfants. Certaines choses relevant de la compétence fédérale vont bien.

Vous pouvez également régler cet aspect en vous appuyant sur la plateforme relative à la santé publique. Je crois que nous ne devrions pas perdre de vue qu'il est primordial que l'excellent programme de vaccination soit maintenu, et, soit dit en passant, ce programme suscite actuellement des réticences chez les gens de la classe moyenne.

Nous avons donc un arbre auquel nous pouvons ajouter quelques branches qui pourraient atteindre, en particulier, le domaine fédéral.

M. Lewis : Nous prêterons alors le flanc à la critique qui considérerait que notre proposition n'est pas très ambitieuse. Nous tenons la même conversation qui s'est déroulée aux dix ans depuis 1975. Vous avez raison. Tout le monde affirme que nous devrions consacrer nos ressources aux enfants, mais le problème, c'est que le taux d'actualisation est très élevé lorsqu'il s'agit de faire ce genre d'investissement, et personne ne semble s'en soucier. Dès que la réalisation des objectifs s'échelonne sur 6, 7, 10 ou 15 ans, l'intérêt s'émousse rapidement, et les programmes sont rapidement soumis à des restrictions.

Votre message n'est-il que de la réalpolitik, c'est tout ce que vous allez obtenir? Est-ce le message suivant que vous tentez d'adresser au comité : « Oubliez vos grandes ambitions et n'essayez pas de rivaliser avec les pays scandinaves sur le front de la réduction des inégalités. Continuez d'appliquer la méthode canadienne consistant à y aller volontairement pas à pas, à faire des progrès modestes et à s'attaquer au problème petit à petit?

Croyez-vous qu'il y a possibilité, et je crois que le sous-comité du Sénat s'intéresse à cette question, d'accélérer ce type de changement?

M. Dodge : Si vous n'avez pas un point central, si vous tentez de réaliser un exploit, compte tenu qu'il n'y a aucune crise économique ou sociale tangible sur laquelle vous appuyer, vous n'irez nulle part. Ce sont les aspects pratiques. Par conséquent, faisons quelque chose qui sera vraiment profitable. Malheureusement, comme dans toute chose, vous devez continuer de marteler le message encore et encore.

Vous tentez de faire ressortir davantage la question. Cette situation nous concerne tous à l'heure actuelle, car nous sommes tous préoccupés par le vieillissement de la population, et nous avons raison de l'être. En procurant à un jeune de cinq ans qui fait son entrée dans le système le meilleur départ possible, un jeune de 20 ou de 30 ans peut s'assurer qu'il y aura des gens pour payer sa pension.

Le contexte actuel pourrait en fait convenir à une approche visant les enfants. Nous sommes tous inquiets au sujet du déclin de la population, contrairement à il y a 10 ou 15 ans, lorsque nous tentions de soulever cette question. Nous devons trouver un appât politique, mais votre méthode est la bonne. Toutes sortes

of evidence that it works over time. This is the Senate, so it can speak the truth, and it seems to me that that direction is the way to go.

The reports from the Senate that have had a big impact are the ones that had a clear focus. I do not have any questions about it.

Mr. Wright: Sometimes, baby steps lead to giant strides. I want to see the agenda become gigantic, ultimately, but success breeds more success and so on. Start with the focus where you know you have a fighting chance. You know the provinces will be on side, and you are determined and you can move it forward. If you are successful, then the agenda opens up from there. Yes, we can be like whomever or whatever.

Ms. Potvin: I have four comments. If I had fewer, you would not believe that I am in academia. Let us be comprehensive and nuanced here.

The first comment is that something has not been said yet but I think should be said. It is from Len Syme, the University of Berkeley professor, who is at the forefront of all these fields, after all. I was with Len Syme last week. His main message, which is often forgotten, is that the paradigm needs to change here. If we still think in terms of diabetes, cardiovascular disease and cancer, we are talking about the consequences and not the causes. In infectious disease, we started to make huge headway when we talked about water-borne disease and air-borne disease. The same applies here. Canada is going backward, and this needs to be said, with a cancer initiative, a cardiovascular initiative, all those initiatives into which we put thousands and millions and hundreds of millions of dollars. This approach is going backwards. We should think in terms of the disease of poverty, the disease of low education, the disease of being Aboriginal and the disease of social isolation. These situations are the root causes. If we are still doing the disease thing instead of the causes, then we might still be there in 20 years.

Second, somehow I teach the history of public health when I have time. If public health has learned one thing over the 150 some years of its rejuvenation, it is that no single strategy is enough. We have two big strategies at this point in public health. We have an at-risk strategy, which was the Lalonde innovation, targeting the group at risk and lowering their risk. This strategy of at-risk had drawbacks, and blaming the victim was one; there were others. Then, in the 1980s and the 1990s, we developed the population strategy, and Canada was a big leader in that strategy as well, with population health all over the place. The population strategy has many benefits but also the drawback of increasing inequalities, and we can demonstrate that effect. We need a third layer of strategy that I would call a vulnerable population strategy, a strategy in which we address the root causes, the social determinants of health.

d'exemples nous confirment qu'elle fonctionne à long terme. Il s'agit du Sénat, donc il peut dire la vérité, et il me semble que vous devez prendre cette direction.

Les rapports du Sénat qui ont eu un gros impact sont ceux dont l'orientation était claire. Je n'ai aucun doute à ce sujet.

M. Wright : Parfois, en commençant par une démarche timide, on finit par faire des pas de géant. J'aimerais voir le programme devenir gigantesque, au bout du compte; la réussite entraîne toujours de nouveaux progrès. Canalisez tout d'abord votre énergie vers un objectif réaliste. Vous savez que vous aurez l'appui des provinces, vous êtes résolus et vous êtes capables d'aller de l'avant. À chaque nouvelle réussite, le programme s'ouvre à d'autres possibilités. Oui, nous pouvons faire comme n'importe qui ou n'importe quoi.

Mme Potvin : J'ai quatre commentaires. Si j'en avais moins, vous ne croiriez que j'évolue dans un monde universitaire. J'essaierai de faire en sorte que mon message soit exhaustif et nuancé.

Tout d'abord, je crois qu'on a omis quelque chose et qu'il faudrait en parler. Le commentaire est de Len Syme, professeur à l'Université de Berkeley, qui est, après tout, à l'avant-garde dans tous ces domaines. J'ai rencontré Len Syme la semaine dernière. Son principal message, qui est souvent oublié, est qu'il faut changer les paradigmes ici. Si nous pensons toujours à des facteurs tels que le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer, nous parlons des conséquences et non des causes. En matière de maladies infectieuses, nous avons commencé à faire des progrès considérables au moment où nous avons abordé les maladies hydriques et les maladies aérogènes. La même notion s'applique ici. Le Canada va à reculons — et il faut le dire — en établissant une initiative sur le cancer, une initiative sur les maladies cardiovasculaires et toutes ces initiatives dans lesquelles nous versons des milliers et des millions et des centaines de millions de dollars. Cette démarche constitue un pas en arrière. Il faudrait plutôt penser à la maladie de la pauvreté, à la maladie du faible taux de scolarité ou à la maladie du statut d'Autochtone ou de l'isolement social. Ces situations constituent les causes fondamentales. Si l'on s'attaque toujours à la maladie plutôt qu'à ses causes, nous ferons peut-être du surplace pendant encore 20 ans.

Deuxièmement, je trouve le moyen d'enseigner l'histoire de la santé publique lorsque j'ai un moment. Si l'on a appris quelque chose en santé publique au cours de quelque 150 années d'évolution, c'est qu'aucune stratégie ne suffit en elle-même. Deux principales stratégies sont actuellement en vigueur sur le plan de la santé publique. La stratégie pour les personnes à risque, qui était l'idée de M. Lalonde, consiste à cibler le groupe à risque et de réduire son risque. Cette stratégie axée sur le risque comporte des lacunes, dont le blâme des victimes, entre autres. Ensuite, pendant les années 80 et 90, nous avons élaboré une stratégie axée sur la population, dans le cadre de laquelle le Canada jouait un grand rôle; la santé de la population était sur toutes les lèvres. La stratégie axée sur la population a beaucoup d'avantages, mais elle a aussi le défaut d'exacerber les inégalités, et nous pouvons le prouver. Nous avons besoin d'un troisième

My third point, to emphasize what Ms. Yeates emphasized that I had emphasized, is if anybody tells you, senator, that they have a solution, do not believe them. We will learn while trying. If we have learned anything in public health, it is that not knowing all the problems should not prevent us from acting. We would be foolish if we do not learn while we are doing something about an urgent problem. I think there would be a missed opportunity if your report did not call for more intervention research.

The Population Health Intervention Research initiative for Canada, under the leadership of the Institute of Population and Public Health and the Chronic Disease Prevention Alliance of Canada, CDPAC, attempts to align the interests of those who are engaged in intervention and those who are engaged in research.

It is not easy. I think those people are looking for an issue around which people will rally, challenge them to tackle health inequalities in Canada and intervene in that problem. That public support would do a lot of good.

Finally, I want to re-emphasize what Mr. Reading said. I have been in the business of research on health inequality for long enough to know that the only way we can experiment in trying to intervene is with the populations concerned.

It will not happen in Canada that somehow, somewhere, the federal government will solve the problems of those people. I think the federal government needs to take some leadership in that issue, and to listen to and engage with people.

I will end with a quote that I heard last week. I was in France for a conference on intervention in health inequalities, and someone quoted Nelson Mandela, saying that if someone is doing something for the poor without having them at the table, they are doing something against the poor.

Mr. Cappe: I want to come back to your question to Mr. Wright and Mr. Dodge. I think they had the right answer, but they dodged the question. The Senate committee must think big thoughts, that this report is an opportunity, and you should not look under the horizon but over the horizon. The answer to the question about ambition is that you need to be fairly ambitious.

I come back to the earlier exchange between Senator Segal and Mr. Dodge. I would say that Senator Segal was overreaching with his guaranteed annual income proposal. However, there was actually concordance by the end of the conversation, because Mr. Dodge was saying you have to use income support for families with young children and there are ways of solving that problem.

volet stratégique, que j'appellerais une stratégie axée sur les populations vulnérables, qui s'attaque aux causes fondamentales, soit les déterminants sociaux de la santé.

Troisièmement, pour insister de nouveau sur ce point clé que Mme Yeates a souligné que j'avais souligné, si quelqu'un vous affirme avoir la solution, sénateur, ne le croyez pas. C'est en agissant que nous apprendrons. Si la santé publique nous a montré quelque chose, c'est que le fait de ne pas connaître tous les problèmes ne devrait pas nous empêcher d'agir. Il serait insensé de ne pas tirer de leçon des mesures que nous prenons pour régler un problème urgent. Je crois que ce serait une occasion ratée si votre rapport ne mettait pas en relief le besoin de lancer de nouveaux travaux en recherche interventionnelle.

L'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada, sous la direction de l'Institut de la santé publique et des populations et de l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, l'APMCC, tente de concilier les intérêts de ceux qui participent à l'intervention et de ceux qui participent à la recherche.

Ce n'est pas facile. Je crois que ces gens cherchent un enjeu qui mobilisera la population, qui lui lancera le défi de s'attaquer aux disparités en matière de santé au Canada et d'intervenir à l'égard de ce problème. Un tel soutien du public ferait beaucoup de bien.

Enfin, j'aimerais souligner à nouveau le point qu'a apporté M. Reading. Je suis active dans le domaine de la recherche sur les disparités en matière de santé depuis assez longtemps pour savoir que la seule façon d'éprouver nos méthodes d'intervention est de travailler avec les populations concernées.

Il ne faut pas s'attendre à ce que le gouvernement fédéral du Canada ne résolve comme par magie les problèmes de tous ces gens. Je crois qu'il doit assurer une certaine direction dans cette affaire, écouter les gens et créer des liens.

Je vais terminer par une citation que j'ai entendue la semaine dernière. J'étais en France pour assister à une conférence qui portait sur l'intervention relative aux disparités en matière de santé, et quelqu'un, en citant Nelson Mandela, a déclaré que celui qui fait quelque chose pour les pauvres sans les consulter fait quelque chose contre les pauvres.

M. Cappe : J'aimerais revenir la question que vous avez adressée à M. Wright et à M. Dodge. Je crois qu'ils avaient la bonne réponse, mais ils ont éludé la question. Le comité sénatorial doit avoir de grandes idées, ce rapport présente une occasion, et il faut savoir élargir son horizon. La réponse à la question au sujet de l'ambition est qu'il faut être assez résolu à réussir.

Je reviens à l'échange qui a eu lieu plus tôt entre le sénateur Segal et M. Dodge. À mon avis, le sénateur Segal allait trop loin dans sa proposition de revenu annuel garanti. Toutefois, à la fin de la conversation, un consensus semblait s'installer, car M. Dodge faisait valoir qu'on devait se tourner vers un soutien du revenu pour les ménages ayant de jeunes enfants et qu'il existe plusieurs solutions à ce problème.

I do not think it is simply an option of thinking small or thinking big. My answer to your question — although you did not ask me — is that the Senate should have ambitious plans but that it should reluctantly accept modest actions. The kinds of solutions that Mr. Dodge and Mr. Wright were talking about would lead to improvements in the quality of population health. I do not think it is actually a choice.

Mr. Lewis: Tell me how that future looks different from the past. We have made modest improvements. We have better child intervention programs in 2008 than we had in 1990, and they were better in 1995, and every province developed a child action plan that was intersectoral and it was pretty good.

If the Senate says that whatever the trajectory is, we want to make a difference to the slope, hopefully upward, where is the hook for that change? If we state great ambitions, saying we want to be like Norway, that approach will not persuade anyone to make that change.

What can the Senate subcommittee do, say or package that would make people more excited about speeding up? I do not think we have sped up. I will put it on the table. I think the slope of that curve has not changed at all. In some cases, it has gone backwards. Inequalities are larger in this country in some respects than they were, because the prosperity has been unevenly distributed. That is the backdrop.

Mr. Cappe: The challenge for the committee, with all due respect, is to pull this big car down the highway with an elastic band; and if you pull too hard or too fast, the band will snap. However, if you pull it with the right amount of tension, you will move that car, if it is in neutral; and the car, as you have alleged, is in neutral.

The real challenge is that if you reach too far, the report will be only another report on a shelf. However, if you simply propose an increase in the Canada Child Tax Benefit, that is not particularly aspirational. It may be Canadian, but it is not aspirational.

Ms. Yalnizyan: Whatever this Senate committee report does, it must speak to the bigger picture, in particular, what the future looks like, with an aging society, on the one hand, and young families and newcomers whose incomes are increasingly unstable. There is greater inequality for that next generation, which is what all the Statistics Canada data keeps showing, report after report.

To be able to name that the social determinants of health are located in this particular conjuncture of facts is important. At various points in this document you say to include income, education and housing. Other issues have been brought to the

Je ne crois pas que le problème se résume à choisir entre penser à petite échelle ou bien envisager les choses dans leur ensemble. Ma réponse à votre question — bien que vous ne me l'ayez pas posée à moi précisément — est que le Sénat devrait avoir des idées ambitieuses, mais qu'il devrait hésiter à accepter des mesures modestes. Les types de solutions dont parlaient M. Dodge et M. Wright mèneraient à des améliorations de la qualité de la santé de la population. Je ne crois pas qu'il s'agisse en fait d'un choix.

M. Lewis : Dites-moi comment cet avenir est différent du passé. Nous avons fait des progrès modestes. Nous avons de meilleurs programmes interventionnels pour les enfants en 2008 qu'en 1990, et ils se sont améliorés en 1995, et chaque province a élaboré un plan d'action intersectoriel pour les enfants, et c'était très bien.

Si le Sénat déclare que, peu importe la démarche adoptée, il faut apporter un changement — positif idéalement —, à la courbe, qu'est-ce qui déclenchera ce changement? Si nous manifestons de grandes ambitions et affirmons que nous voulons être comme la Norvège, cette démarche ne persuadera personne d'apporter ce changement.

Qu'est-ce que le sous-comité sénatorial peut faire, dire ou présenter pour que les gens soient plus motivés à accélérer le processus? Je ne crois pas que nous allons plus vite. Je vais dire les choses comme elles sont. À mon avis, l'inclinaison de la courbe n'a pas changé du tout. Dans certains cas, la situation s'est détériorée. Les disparités dans ce pays, sur certains plans, sont plus importantes qu'elles ne l'étaient, parce que la richesse n'a pas été distribuée également. Voilà la toile de fond.

M. Cappe : Le défi que doit relever le présent comité, avec tout le respect que je vous dois, consiste à tirer une grosse voiture sur l'autoroute à l'aide d'un élastique; si vous tirez fort ou trop vite, l'élastique va céder. Toutefois, si vous y appliquez la bonne tension, vous ferez avancer cette voiture, à condition que le moteur soit au point mort; et le moteur, comme vous l'avez fait valoir, est bel et bien au point mort.

Le vrai défi à relever est le suivant : si vous tirez trop fort, le rapport ira se joindre aux autres qui reposent sur les tablettes. En contrepartie, si vous proposez tout simplement d'augmenter la Prestation fiscale canadienne pour enfants, la mesure n'est pas particulièrement ambitieuse. C'est peut-être une solution canadienne, mais ce n'est pas une solution ambitieuse.

Mme Yalnizyan : Quoi que soit la teneur du rapport du comité sénatorial, il doit tenir compte de l'ensemble du tableau; particulièrement, de ce que nous réserve l'avenir, avec une population vieillissante, d'une part, et les revenus de plus en plus instables des jeunes familles et des nouveaux arrivants, d'autre part. Les disparités augmentent à l'égard de cette prochaine génération, comme le démontrent, de rapport en rapport, toutes les données de Statistique Canada.

Être capable de d'affirmer que les déterminants sociaux de la santé influent sur cette situation particulière est important. À différents endroits dans ce document, vous recommandez de tenir compte du revenu, du niveau de scolarité et du logement. D'autres

table, including how to engage people, particularly young people, who may be suicidal or who may not have the right supports to keep them moving along.

You should name the list. You should also name what other jurisdictions are working on, including your colleagues on other Senate committees.

For example, the housing issue has not been reinforced much around this table. We all know housing is one of the determinants of health. We all know there is a federal role to play here that has not been played for about a decade but that had been played previously, and could be again. Housing is something that your colleague, Senator Eggleton, could really focus on.

Create interlinkages in your reports to say: Here are all the different issues coming forward; we know what the elements are; this committee recommends substantial advances in income security and increasing the Canada Child Tax Benefit to a maximum of $5,000, and we know what the price tag is on that increase.

You can do things that have been mentioned here that are discrete and that refer to all the other work that is being done in other directions.

Your question here is: What are the measures of success? First, political take-up is a measure of success. Having a plan that is doable and actionable, with associated price tags, I think, is helpful, as well as talking about the opportunity costs of not moving forward on those things.

It strikes me that the things mentioned consistently over the course of the day are a children's focus; a future focus; an opportunities focus, with one element being income-related and another element being support service-related; and obviously, a focus on Aboriginal populations. You have a little trinity that you could move forward on, but that trinity should not be the limit of it. The report should be couched in what the whole picture looks like: We suggest this approach and this is what other colleagues and other jurisdictions are moving forward with, which we endorse.

Mr. Osberg: You noted earlier that a number of provinces have instituted anti-poverty agendas and they are discussing anti-poverty policy as a major focus; not all provinces, but some of them. Whether it is because people are tired of stepping over the homeless downtown, or for whatever reason, this issue seems to be coming back on the agenda. It is not only about child poverty; it is also about adult poverty and what it says to everyone about the sort of society in which we live.

To pick up on something Ms. Potvin said, I am not so complacent that everything has been going in an upward direction. Many social indicators have not been going up. We see a big decline in the fraction of people who are caught by the

questions ont été mises de l'avant, dont la façon d'éveiller l'intérêt des gens, particulièrement des jeunes, qui peuvent être suicidaires ou ne pas avoir les bons soutiens pour les aider à continuer.

Vous devriez dresser la liste des facteurs. Vous devriez aussi préciser sur quoi travaillent les autres administrations, y compris nos collègues qui siègent à d'autres comités sénatoriaux.

Par exemple, la question du logement n'a pas beaucoup été abordée pendant la séance d'aujourd'hui. Nous savons tous que le logement est l'un des déterminants de la santé. Nous savons également que le gouvernement fédéral a négligé pendant environ dix ans un des rôles qu'il doit jouer; mais il a déjà joué ce rôle, et il pourrait le faire de nouveau. Le logement est un aspect sur lequel votre collègue, le sénateur Eggleton, pourrait vraiment insister.

Montrez l'interdépendance de tous ces éléments dans vos rapports. Ainsi, vous pourrez dire : voici toutes les différentes questions qui font surface; nous connaissons toutes leurs facettes; le comité recommande d'apporter des améliorations substantielles à la sécurité du revenu et d'augmenter le seuil maximal de la Prestation fiscale canadienne pour enfants à 5 000 $, et nous savons quel sera le prix de cette augmentation.

Vous pouvez proposer des mesures distinctes qui ont été mentionnées ici, et qui rejoignent tous les autres travaux effectués dans d'autres secteurs.

Votre question est donc la suivante : comment mesure-t-on la réussite? Premièrement, l'appui des forces politiques constitue une mesure de la réussite. Le fait de disposer d'un plan qui est réalisable, que l'on peut mettre en branle, assorti de dépenses connexes, est utile, selon moi; on peut aussi parler du coût de renonciation causé par le maintien du statu quo.

J'ai remarqué que tout ce qu'on a mentionné au cours de la journée tourne autour des enfants, autour du futur, autour des possibilités; un point concerne le revenu, un autre concerne la prestation de services et un autre, évidemment, les populations autochtones. Vous avez établi-là une petite trinité que vous pourriez faire évoluer, mais vous ne devriez pas vous y limiter. Le rapport devrait s'appuyer sur une vue d'ensemble : nous proposons telle approche, voici ce qu'entreprennent d'autres administrations, et nous appuyons leur démarche.

M. Osberg : Vous avez observé plus tôt qu'un certain nombre de provinces ont mis en place des programmes de lutte contre la pauvreté et qu'elles envisagent la possibilité de considérer la lutte contre la pauvreté comme une priorité stratégique; pas toutes les provinces, mais certaines d'entre elles. Que ce soit parce que les gens en ont assez d'enjamber les itinérants quand ils vont au centre-ville, ou pour n'importe quelle autre raison, cette question semble refaire surface dans le programme. Ce n'est pas seulement une question de pauvreté infantile : c'est aussi une question de pauvreté chez les adultes et de ce que cette situation laisse transparaître sur le genre de société dans laquelle nous vivons.

Pour revenir à quelque chose qu'a dit Mme Potvin, je ne pousserai pas la complaisance jusqu'à dire que la situation progresse. Beaucoup d'indicateurs n'affichent aucune amélioration. Nous observons un important déclin de la

social safety net when they become unemployed. We have large increases in the poverty gap, up by about half in Nova Scotia in recent years, for example. We see a lot of the stressors increasing now. We will see the impacts on health down the road as these people feed through the system.

When you said that no single measure in public health is a magic bullet for every ailment, I think everyone agreed. However, sometimes you can find a theme that draws together a whole bunch of other initiatives; a way in which you can establish coherence among a bunch of disparate types of intervention.

You phrased it as the "vulnerable population." Another more positive way of thinking about it would be the idea of inclusive citizenship; that all citizens should have the benefits of what the favoured already have.

In that sense, it would come back to something Dr. Reading said at the start when he talked about the idea of the human rights and income security agendas. That was kind of duplicative because income security already falls under the United Nations Universal Declaration of Human Rights. In 1948, Canada signed on to the idea that security is a basic human right under article 25 of the universal declaration. We have had for a long time this rhetorical commitment to basic human rights.

Of course, everyone will sign on to the idea of childhood education. It must be a major priority. However, rights as a Canadian citizen do not suddenly terminate at age 22; they step in front of a bus at age 22, and ciao.

We also owe the less fortunate who have accidents after age 21 — or whatever age we pick to define as being less worthy of consideration — rights and obligations as members of our community who deserve the right to a healthy life and a healthy community.

I do not think that commitment will sap our national will to be a better society in any way at all. It will make us a stronger and healthier community. We can see that in the measurable health outcomes in physical ailments as well as in mental illness. You were talking about mental illness. We will see the benefits in many dimensions.

Senator Cook: I know our mandate today was to come and listen. However, I am preoccupied with questions that I need this learned table to help me with.

My Canada is a Canada that lives on subsidies and, sometimes, to be cynical, pilot projects. I think a lot of us who are trying to move forward face that reality.

proportion de gens qui profitent du filet de sécurité sociale lorsqu'ils perdent leur emploi. L'écart de pauvreté s'est beaucoup élargi — d'environ la moitié en Nouvelle-Écosse, par exemple — au cours des dernières années. Nous observons actuellement une augmentation importante des sources de tension. Les impacts sur la santé finiront par se manifester, à mesure que ces gens passent dans le système.

Lorsque vous avez dit qu'aucune mesure particulière en santé publique ne constitue une panacée maux, je crois que tout le monde était d'accord avec vous. Toutefois, il est parfois possible de s'attacher à un thème capable d'englober toute une gamme d'initiatives; c'est une façon d'assurer la cohésion d'un ensemble d'interventions disparates.

Vous avez parlé de « populations vulnérables ». On pourrait envisager la chose sur un jour plus positif en introduisant l'idée de citoyenneté inclusive; c'est-à-dire que tous les citoyens auraient accès aux mêmes avantages que les plus favorisés.

En ce sens, cela reviendrait à quelque chose qu'a dit M. Reading au début, lorsqu'il a parlé des priorités en matière de droits de la personne et de sécurité du revenu. Cette idée était un peu redondante, car la sécurité du revenu est déjà visée par la Déclaration universelle des droits de l'homme de l'Organisation des Nations Unies. En 1948, le Canada a souscrit à l'idée selon laquelle la sécurité est un droit de la personne fondamental en vertu de l'article 25 de la Déclaration universelle. Cet engagement théorique à l'égard des droits de la personne fondamentaux existe depuis un bon moment.

Il va sans dire que tout le monde souscrira à l'idée de l'éducation pour les enfants. Cela doit être une priorité majeure. Toutefois, les droits d'un citoyen canadien ne s'envolent pas soudainement dès qu'il atteint l'âge de 22 ans — il se fait heurter par un autobus à 22 ans, et c'est fini.

Nous sommes aussi responsables des personnes défavorisées qui ont un accident après l'âge de 21 ans — ou peu importe l'âge que nous choisissons pour définir qu'une personne cesse d'être digne de considération —, de protéger leurs droits et leurs obligations à titre de membres de notre collectivité, qui ont le droit de vivre en santé dans un milieu sain.

Je ne crois pas que cet engagement minera notre volonté nationale de parfaire la société de quelque façon que ce soit. Il fera de nous une collectivité plus forte et plus saine. Les résultats mesurables en matière de santé, dans le domaine des troubles physiques comme des maladies mentales, en témoignent bien. Vous parliez de la santé mentale. Nous verrons les avantages sur de nombreux plans.

Le sénateur Cook : Je sais que notre mandat aujourd'hui consistait à vous écouter. Toutefois, je suis préoccupé par certaines questions, et j'aurais besoin de l'aide des témoins experts.

J'envisage le Canada comme un pays qui s'appuie sur les subventions et, parfois, passez-moi le cynisme, les projets pilotes. Je crois que beaucoup d'entre nous, qui tentent d'aller de l'avant, font face à cette réalité.

We are a mercantile society. We will need money because without it we cannot do much.

I wonder how far governments can intrude in the lives of people while carrying out its mandate. The nature of this democracy is: We no sooner fix something and then a new group comes and they invent something else.

How can we move what you are helping us to wrestle with? Following that, how can we move beyond that point?

I confess that I know little about the workings of the Canadian Institute for Health Information, CIHI. Ms. Yeates, you have all this information. How available is that information? Are there restrictions on it?

We are a country called Canada, but we are really provinces and territories. It seems that if we pull on the tension too much we will skew the whole thing.

At the moment, I am sitting here paralyzed on which way to move. I think by the time I reach Newfoundland tonight I will have figured it out.

The world changes, but we are still people. When Mr. Butler-Jones used the word "outports," I thought, Oh, good. I can get my warm fuzzy. I was born in one of those outports when life was much simpler. Somewhere or another, this society has passed that time by. The people are still the same and the needs are the same. However, everything is so complex we do not know how to be the best that we can be for them.

Who can help me explore this issue?

Ms. Yeates: I will tackle the CIHI portion of your question, and that will give others time to answer the other portions, as well.

The country is complex. I was a provincial deputy minister for many years; not from Newfoundland and Labrador but from Saskatchewan.

I am cognizant that the country is made up of provinces, territories, communities, cities and others. In some ways, the federal government or the federal level may not be the right place for all things. It is the right place for other things.

I am happy to say that I think CIHI is one of the pieces that work reasonably well. I am biased, of course. I think it is because CIHI is not a federal institution; it has ownership and control from the health sector. I think there are a couple of federal people on our board. Mostly, there are provincial deputy ministers and there are people from the health sector. They tell us what information they need and we make it available to them.

The answer to the question, is it available is yes, very much so. Obviously, the privacy restrictions apply. Record-level data is not as available. However, we have a mandate to make the data available first and foremost to those who run and fund the system. We do that. Researchers use our data regularly.

Nous sommes une société mercantile. Nous avons besoin d'argent; sans cela, nous ne pouvons pas faire grand-chose.

Je me demande jusqu'à quel point les gouvernements peuvent s'immiscer dans la vie des gens pour réaliser leur mandat. C'est la nature même de la démocratie : dès que nous avons réparé quelque chose, un nouveau groupe arrive et invente autre chose.

Comment peut-on faire évoluer les sujets que vous nous aidez à comprendre? Ensuite, comment peut-on aller plus loin?

J'avoue que je connais peu les rouages de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou l'ICIS. Madame Yeates, vous disposez de toutes ces données. Dans quelle mesure sont-elles accessibles? Existe-t-il des restrictions?

Nous formons un pays appelé le Canada, mais en réalité, nous sommes des provinces et des territoires. Il me semble que, si nous tirons trop fort, nous causerons un déséquilibre.

À l'heure qu'il est, je suis ici, paralysée parce que je ne sais pas quelle direction prendre. Je crois que, lorsque je serai rendue à Terre-Neuve ce soir, j'y verrai plus clair.

Le monde change, mais nous n'en sommes pas moins des personnes. Lorsque M. Butler-Jones a parlé des villages à Terre-Neuve, « Bravo », ai-je pensé. Cela m'a fait chaud au cœur. Je suis née dans l'un de ces villages, à l'époque où la vie était beaucoup plus simple. À un moment ou à un autre, notre société a changé. Les gens sont toujours les mêmes, et ils ont les mêmes besoins. Toutefois, tout est tellement complexe que nous ne savons pas quelle serait la meilleure mesure à prendre pour eux.

Qui peut m'aider à approfondir cette question?

Mme Yeates : Je vais répondre au volet de votre question qui porte sur l'ICIS, et cela laissera le temps à d'autres de répondre aux autres parties de votre question.

Le pays est complexe. J'ai été sous-ministre provinciale pendant nombre d'années; pas à Terre-Neuve-et-Labrador, mais en Saskatchewan.

Je comprends que le pays est composé de provinces, de territoires, de collectivités, de villes et ainsi de suite. À certains égards, le gouvernement fédéral n'est peut-être pas le mieux placé pour s'occuper de tout. Il est l'autorité compétente pour certaines questions.

Heureusement, l'ICIS est l'un des organes qui fonctionne assez bien. J'ai un parti pris, bien sûr. Je crois que c'est parce que l'ICIS n'est pas une institution fédérale; il est pris en charge et dirigé par le secteur de la santé. Je crois qu'il y a quelques représentants du gouvernement fédéral au sein de notre conseil d'administration. Il est principalement composé de sous-ministres provinciaux et de représentants du secteur de la santé. Ils nous disent de quelle information ils ont besoin, et nous la leur fournissons.

Pour répondre à la question de savoir si l'information est accessible : absolument. De toute évidence, les restrictions visant à assurer le respect de la vie privée s'appliquent. Les données provenant de dossiers médicaux ne sont pas disponibles. Toutefois, nous avons le mandat de rendre les données

A third priority area for us is the general public. While they tend not to comb through the data, we certainly write all our reports with that voice; we try not to be technical, and put out messages and press releases that people can understand. The home care money is either going up or it is going down. The waiting times are going up or going down. The money is flowing here or there. We give people that kind of information as plainly as we can.

We try to fulfill that role. While I am sure not every Canadian finds health information as interesting as I do, we are pleased with the uptake, especially on the web. The hits are enormous. People spend a lot of time there. They spend on average 20 minutes. The numbers go up by hundreds of thousands every year.

Our sense is that people are interested in information if they understand it and if we make it clear to them. That is why indicators can be powerful because they encapsulate so much that is complex into something we can monitor.

Mr. Lewis: I extend this invitation to the senators who have been listening patiently: If you have questions or comments that you want to put on the table of specific people or generally, it is a good opportunity to do so here in this last session.

Ms. Lynkowski: I think the report needs to speak strongly to the need for intersectoral leadership. I do not mean only collaboration but a new and innovative way of looking at how we take intersectoral action. Ms. Bégin gave us a couple of examples of how that leadership might be implemented: a cabinet committee or whatever that might be. However, the report is an opportunity to articulate innovative mechanisms to deal with a specific issue such as early childhood. It needs to come out strong on that point.

This may sound self-serving. In the meantime, public health traditionally deals with these kinds of issues. Until we reach Utopia where we function in an intersectoral way, we need to recognize that public health will be called upon for this kind of response and will continue to be called upon at a community level. We need to ensure there is capacity at that level. The report needs to speak to that need, even if it seems like old news. As we discussed, our ability to respond still remains a problem.

I believe this report is an opportunity to make a compelling, inspirational case about why this issue is important to Canadians. With all due respect, some of us will not be here forever to continue to move this issue forward. I know I will not be nor will the esteemed senators. I have seen a lot of reports sit on a shelf.

accessibles en priorité à ceux qui dirigent et financent le système. C'est ce que nous faisons. Les chercheurs utilisent nos données régulièrement.

Un troisième secteur d'intérêt pour nous est le grand public. Même s'il n'a pas tendance à analyser les données, nous rédigeons tous nos rapports à son intention; nous tentons d'éviter le jargon, et nous formulons nos messages et nos communiqués de presse pour que les gens puissent les comprendre. Le financement destiné aux soins à domicile augmente, ou bien il diminue. C'est la même chose pour le temps d'attente. L'argent va dans une direction ou dans une autre. Nous donnons ce genre de renseignements aux gens, et veillons à ce qu'ils soient aussi compréhensibles que possible.

Nous tentons de jouer ce rôle. Je suis certaine que chaque Canadien ne partage pas mon intérêt pour les données relatives à la santé, mais je suis heureuse du degré de consultation, surtout sur Internet. Le nombre de personnes qui accèdent au site est énorme. Les gens y passent beaucoup de temps, 20 minutes en moyenne. Les chiffres augmentent par centaine de milliers chaque année.

Nous considérons que les gens sont intéressés par l'information s'ils la comprennent et si nous pouvons faire en sorte qu'elle soit claire. C'est là l'intérêt des indicateurs, car ils englobent une foule d'éléments complexes dans une forme que nous pouvons surveiller.

M. Lewis : Je lance l'invitation aux sénateurs, qui écoutent patiemment depuis un bon moment : si vous avez des questions ou des commentaires que vous aimeriez adresser à des personnes en particulier ou à l'ensemble des personnes ici présentes, c'est un bon moment pour le faire, puisque c'est la dernière séance.

Mme Lynkowski : Je crois que le rapport devrait insister sur la nécessité d'une direction intersectorielle. Je parle non seulement de collaboration, mais d'une façon novatrice d'envisager l'adoption des mesures intersectorielles. Mme Bégin nous a donné quelques exemples de la manière de mettre en œuvre cette direction : un comité du Cabinet, ou autre chose. Toutefois, le rapport présente une occasion de décrire le fonctionnement d'un mécanisme novateur réservé à une question particulière, comme la petite enfance. Le rapport doit mettre ce point en valeur.

Cela peut paraître intéressé. En attendant, c'est la santé publique qui traite normalement de ce genre de questions. Jusqu'à ce que nous atteignions l'utopie et que nous fonctionnions de façon intersectorielle, nous devons reconnaître que la santé publique sera appelée à mener ce genre d'intervention et continuera de jouer ce rôle à l'échelon communautaire. Nous devons nous assurer qu'il existe une capacité à cet échelon. Le rapport doit mentionner cette nécessité, même si l'on croirait que ce n'est pas nouveau. Comme nous l'avons dit, notre capacité de réagir demeure problématique.

Je crois que le rapport présente une occasion de mettre en avant un argument convaincant et inspirant pour démontrer pourquoi cette question est importante pour les Canadiens. Avec tout le respect que je vous dois, certains d'entre nous ne seront pas toujours ici pour continuer à faire évoluer cette question. Je sais

We know which ones they are. We need that kind of grassroots political will, and you need that healthy public outrage to keep something moving in spite of whether we will be at this table. This report has an opportunity to create that will.

The Chair: Ms. Lynkowski, we purposely did not involve community organizations around the table because we wanted to focus on the top level federal strategy. We have planned a number of visits to communities with organizations in place that I think can bring together the 12 determinants of health.

In my opinion, there are two big defects, and I expressed them this morning. One is that we do not have leadership at the top, and Ms. Bégin dealt with that point. She said we need a cabinet committee such as they have in Britain and Australia, with no mincing of words, and that it must be led from the top.

At the community level, where these determinants of health come together, we need to deal with everything that causes health disparities in the communities and try to change that situation. Structures must be put in place.

Senator Eggleton mentioned that cities and municipalities already have a sort of infrastructure to deal with this issue, but I think we must look at smaller community organizations where people in the community have real hands-on involvement.

I would go even further than this suggestion. I think public health should be integrated with the community health and social service support systems. In other words, instead of trying desperately to supply the resources to deal with what could be hair-raising issues in public health, such as a pandemic, for example, we build a connectivity to work with the community resources. I would like some discussion about that suggestion.

I raised this point with Dr. Butler-Jones about a year ago, and he educated me about the difficulties of implementing something like that, but I want him to repeat them on the record.

Ms. Lynkowski: There are challenges with that suggestion. Sometimes they work together in spite of the fact that we have not imposed a structure, and that is when it happens most successfully.

Having federal leadership that provides a catalyst and facilitation as well as acknowledging the need for increased tools and capacity would help to move that suggestion along.

Dr. Butler-Jones: Connectivity is key. My concern about structural responses to a problem is that we tend to jump to them rather that determining what elements we are trying to accomplish. Many of these things need an actual home or hearth. Public health thinks about communities and the approaches to

pour ma part que je ne le serai pas, et il en va de même des honorables sénateurs. J'ai vu beaucoup de rapports oubliés sur une tablette. Nous savons de quels rapports il s'agit. Nous avons besoin de cette volonté politique fondamentale, et vous avez besoin de cette saine indignation du public pour que les choses continuent à bouger lorsque nous ne serons plus là. Le rapport présente une occasion de faire naître cette volonté.

Le président : Madame Lynkowski, nous avons délibérément omis d'inviter des organismes communautaires à participer à la réunion, car nous voulions axer la discussion sur la stratégie fédérale globale. Nous avons prévu un certain nombre de visites dans des collectivités où des organismes sont en place qui, à mon avis, peuvent traiter des 12 déterminants de la santé.

Selon moi, il existe deux grands défauts, que j'ai exposés ce matin. D'une part, nous n'avons pas de leadership à l'échelon supérieur, et Mme Bégin a parlé de ce point. Elle a signalé la nécessité d'établir un comité du Cabinet, comme on le fait en Grande-Bretagne ou en Australie, et a déclaré sans ambages que ce comité doit être dirigé par les plus hautes instances.

À l'échelon communautaire, où ces déterminants de la santé deviennent tangibles, nous devons réagir à tous les aspects qui sont à l'origine des disparités en matière de santé dans les collectivités et tenter de changer la situation. Des structures doivent être établies.

Le sénateur Eggleton a mentionné que les villes et les municipalités disposent déjà de mécanismes pour traiter de cette question, mais je crois que nous devons nous pencher sur le cas des organismes des petites collectivités, où les gens mettent vraiment la main à la pâte.

J'irais encore plus loin que cette suggestion. Je crois que la santé publique devrait être intégrée aux systèmes de soutien des services sociaux et des services de santé communautaires. En d'autres mots, au lieu de tenter désespérément de fournir les ressources nécessaires pour réagir à un éventuel problème de santé publique à grande échelle, comme une pandémie, par exemple, nous devrions créer un réseau pour travailler avec les ressources communautaires. J'aimerais qu'on discute de cette proposition.

J'ai attiré l'attention du Dr Butler-Jones sur cette question il y a environ un an, et il m'a expliqué la difficulté de mettre en œuvre une telle structure, mais j'aimerais qu'il le répète, pour le compte rendu.

Mme Lynkowski : Cette proposition entraîne effectivement des difficultés. Parfois, les secteurs collaborent malgré l'absence d'une structure imposée, et c'est à ce moment-là que les choses s'accomplissent avec le plus de succès.

Un leadership fédéral, qui permettrait de déclencher le processus, de faciliter l'obtention de résultats et de reconnaître le besoin de renforcer les outils et la capacité, aiderait à concrétiser cette proposition.

Dr Butler-Jones : Le réseau est la clé. Ce qui me préoccupe des solutions d'ordre structurel à un problème, c'est que nous avons tendance à vouloir les mettre en œuvre immédiatement au lieu de déterminer précisément ce que nous tentons d'accomplir. Beaucoup de ces éléments doivent être ancrés à quelque chose.

them a little differently than hospitals do in terms of role and engagement. It has one foot on the social science and social services side and one foot on the medical sciences and epidemiological side. It is really the connectivity that is important.

I also have a great belief that communities organize themselves in ways that suit their needs based on the problems they face. Many communities naturally do many things to which we aspire, either nationally or provincially, because of the nature of the work and the engagement. They cannot afford not to work together. It is important to encourage and foster that working together. I am not sure it is a structural solution in terms of putting them all in the same place, but perhaps there could be shared space for certain facilities. There is a range of ways to work together.

I would go back to focusing on what we are trying to accomplish and what will help us move in that direction. That focus, in a way, would allow communities to develop their structures as it makes sense for them. The concepts that underlie this issue and the issues you are trying to address are essential.

Senator Fairbairn: You were looking for language. I have been working on literacy since soon after I became a senator in 1984. Literacy was not an issue then. In the Senate we had a special committee studying youth across the country, and literacy popped up everywhere we went. Literacy became my life, and it still is.

People often listen when we say that we are taking this measure so every Canadian can have a fair chance — a fair chance at many of the issues we have talked about today. For some reason, that approach works. If you want to play with that, feel free.

Ms. Bégin: On the question of eventually reuniting social affairs with public health, it is 15 years since health and welfare were divided. Human Resources and Social Development Canada is the welfare part of the old department. It went through several restructurings during these 15 years. These restructurings are one reason not to destabilize the department even more. I do not think it is a solution in itself. There are times when an electric shock is a solution and times when it is not. I cannot immediately see the interest.

In addition, as Mr. Butler-Jones said very well, the constituencies of the Public Health Agency of Canada and of HRSDC are not the same. I think that other methods of collaboration would be simpler and more pragmatic and would yield the same results.

La perspective de la santé publique concernant le rôle et la mobilisation des collectivités et la façon de les aborder diffère quelque peu de celle des hôpitaux. La santé publique a un pied du côté des sciences sociales et des services sociaux, et l'autre du côté des sciences médicales et de l'épidémiologie. C'est vraiment le réseau qui importe.

Je crois aussi fermement que les collectivités s'organisent elles-mêmes de façon à combler leurs besoins en fonction des problèmes auxquels elles sont confrontées. De nombreuses collectivités font déjà naturellement une grande partie de ce que nous tentons d'accomplir, à l'échelon national ou provincial, en raison de la nature de leur travail et de leur engagement. Elles ne peuvent se permettre de ne pas collaborer entre elles. Il est important d'encourager et de favoriser la collaboration. Je ne suis pas certain que ce soit une solution structurelle, dans le sens où on les mettrait tous au même endroit, mais peut-être que certains établissements pourraient partager un espace. Il y a toute une gamme de façons de collaborer.

Je reviendrais à la méthode consistant à axer nos démarches sur le résultat que nous tentons d'accomplir et ce qui nous aidera à avancer dans cette voie. D'une certaine façon, cela permettrait aux collectivités d'adopter la structure qui leur convient. Les concepts qui sous-tendent cette question et celles que vous tentez de régler sont essentiels.

Le sénateur Fairbairn : Vous vous interrogiez sur la façon de présenter la question. J'ai commencé à travailler sur l'alphabétisation peu après ma nomination comme sénateur, en 1984. L'alphabétisation n'était pas un sujet à la mode à cette époque. Au Sénat, un comité spécial étudiait les jeunes d'un océan à l'autre, et le problème de l'alphabétisation faisait surface partout. C'est alors devenu l'objet de ma carrière, et ça l'est toujours.

Bien souvent, les gens écoutent lorsque nous disons que nous prenons cette mesure pour que chaque Canadien ait une chance de composer avec nombre des problèmes dont nous avons discuté aujourd'hui. Pour une raison ou une autre, cette démarche fonctionne. Si vous voulez vous en inspirer, libre à vous.

Mme Bégin : Quant au regroupement éventuel des affaires sociales et de la santé publique, ces deux choses sont séparées depuis 15 ans. Ressources humaines et Développement social Canada est le volet « bien-être social » de l'ancien ministère. Ce ministère a fait l'objet de plusieurs restructurations durant ces 15 dernières années. Voilà l'une des raisons pour lesquelles il ne faut pas déstabiliser le ministère encore davantage. Je ne crois pas qu'une telle mesure soit une solution en soi-même. Certains problèmes se résolvent par une décharge électrique, mais ce n'est pas toujours le cas. Je ne vois pas l'intérêt dans le cas qui nous occupe.

De plus, comme l'a éloquemment signalé le Dr Butler-Jones, l'Agence de la santé publique du Canada et RHDSC ne s'intéressent pas aux mêmes groupes. Je crois qu'il existe des méthodes de collaboration plus simples et mieux adaptées à la réalité qui permettaient d'obtenir les mêmes résultats.

I believe it was Dr. Maurice LeClair who joined the health and welfare department around 1972. I inherited a department that had been both for at least five years. It was distinct in terms of operations. I easily navigated from one branch to the other, but there were eight branches, including administrative, and research and planning. In my eight years, I do not remember research and planning ever being involved in medicare, which was a huge dossier. Rather, the social policy people were involved. I benefitted from that structure, but restructuring is not necessarily the solution.

Dr. Reading: At this time of day, it is hard to make a unique contribution because most things have already been said. I am fortunate to be the product of a university environment, and I like to think I contribute back to that environment by being employed there.

I think we are missing the role of universities in terms of research, training and community service. We have all benefited from that role.

I was privileged to sit on the committee for the National Collaborating Centres for Public Health chaired by John Frank, which was funded by the Public Health Agency of Canada. There are 50 to 55 emerging schools of population or public health that are connected to universities and colleges across the country.

Where they are in terms of any kind of accreditation is unknown, but one thing to consider is a network of environments that look at population and public health, based at universities but connected to communities and regions because it is clear that all this activity happens at the regional level. We need to turn our attention to training the next generation of scientists, activists and people who will engage in education and practice around population and public health.

That training leads to calling for investments in the area of university-based programs that are connected. This field is an emerging one. It is multidisciplinary, cross-disciplinary and interdisciplinary, and those distinctions are subtle ones, but it is a specialized group. What tweaked me to think about it was when Mr. Butler-Jones talked about how these two domains connect. It is much broader than that, when we think about how a young person might come into this field, the perspectives they might bring to the field, and how those perspectives would evolve and be a Canadian contribution to the international discourse on population health. Canada has a great history and a good tradition in this area, but we need to take it into the future and figure out where to go. Including universities in the formula would be appropriate for the final report.

Mr. Cappe: I tried not to enter this discussion. I cannot help but comment on Ms. Bégin's and Dr. Butler-Jones' interventions. The organogramme of government is much less important than how people work together. I align myself with the viewpoints of Mr. Butler-Jones and Ms. Bégin. It would have been nice if

Je crois que c'est le Dr Maurice LeClair qui s'est joint au ministère de la Santé et du Bien-être social vers 1972. J'ai hérité d'un ministère qui avait joué les deux rôles pendant au moins cinq ans. Ils étaient distincts sur le plan opérationnel. Je passais facilement d'une direction générale à une autre, mais il en existait huit, y compris l'administration ainsi que la recherche et la planification. En huit ans, je ne me souviens pas d'une seule occasion où la Recherche et planification a touché au régime d'assurance maladie — dossier immense à l'époque. C'était plutôt le personnel des politiques sociales qui s'en chargeait. J'ai tiré des avantages de cette structure, mais la restructuration n'est pas une solution pour autant.

Dr Reading : À cette étape de la journée, il serait difficile de faire une intervention unique, car presque tout a déjà été dit. J'ai la chance d'être issu du milieu universitaire, et je me plais à penser que j'apporte à mon tour une contribution à ce milieu en y travaillant.

Je crois qu'il manque la contribution des universités sur le plan de la recherche, de la formation et des services communautaires. Nous avons tous profité de cette contribution.

J'ai eu le privilège de siéger à un comité pour les Centres nationaux de collaboration en santé publique, présidé par John Frank, qui était financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Il y a de 50 à 55 nouvelles écoles de santé de la population ou de santé publique qui sont liées à des universités et à des collèges partout au pays.

J'ignore où elles en sont en termes d'agrément, mais l'une des choses à envisager est un réseau d'étude de la santé de la population et de la santé publique qui émane des universités, mais qui est lié aux collectivités et aux régions, car il est évident que toute cette activité survient à l'échelle régionale. Nous devons songer à la formation de la prochaine génération de chercheurs, de militants et de gens qui étudieront et feront carrière dans le domaine de la santé de la population et de à la santé publique.

Cette formation justifie l'investissement dans les programmes universitaires dans ce domaine, qui est nouveau. Il est multidisciplinaire, transdisciplinaire et interdisciplinaire — ces distinctions sont subtiles —, mais il s'agit d'un groupe spécialisé. Ce qui m'a poussée à y songer est le discours du Dr Butler-Jones sur la manière dont ces deux domaines interagissent. C'est beaucoup plus large que cela : on peut imaginer un jeune choisissant ce domaine, y apportant sont point de vue; on peut imaginer ces idées évoluant et se traduisant par une contribution canadienne au discours international sur la santé de la population. Les antécédents et la tradition du Canada à ce chapitre sont excellents, mais il faut reproduire ces exploits dans l'avenir et déterminer la direction à prendre. L'intégration des universités à la formule serait une recommandation appropriée pour le rapport final.

M. Cappe : J'ai tenté de ne pas entreprendre cette discussion. Je ne peux m'empêcher de commenter les interventions de Mme Bégin et du Dr Butler-Jones. L'organigramme du gouvernement est beaucoup moins important que la manière dont les gens collaborent. Je me range à l'avis du Dr Butler-Jones

health and welfare were together, but it is not essential because they have to reach down the sleeve and pull it inside out to make it work. That is why I talked about aligning objectives.

We want a big group of people working in the same direction. If we think about who should be combined in this group, it is not health and welfare. It is HRSDC, as the current acronym is, the Department of the Environment, the Department of Natural Resources, the Department of Indian and Northern Affairs, Finance Canada, Health Canada, the Public Health Agency of Canada and so on. The list is long.

That leads me to the cabinet committee idea. I do not think a cabinet committee is the right way to go. It might be for a specific purpose. If we reach a point where there is an initiative that we are prepared to take, like an early childhood development program where the initiative becomes concrete, we might want a cabinet committee to deal with the initiative and move it along, but in a sense we want these departments and these ministers to work together much more informally. In everything they do, we want them to be aligned in focusing on improving population health in different ways.

Ms. Bégin: Regarding university training, and I cannot recall if the legislation included college training, but in June 1984, legislation was passed in the House entitled, if I remember correctly, Indian and Inuit Health Careers Program. That legislation was modelled on what a justice told me about legal training for First Nations at the time.

I was told that they cannot kill an act that fast or they do not put any money in it, but maybe someone can check. If you want to promote population health and knowledge amongst Aboriginal populations, that act can be revised and enlarged to include that and be put on the public agenda.

Ms. Potvin: I wanted to answer your question, Senator Keon, about where public health should be located. Look at Canada. Structurally, public health is located in many places, and it has evolved through the years. Nowadays, Quebec is reintegrating public health with the hospital and things like that. There are drawbacks and advantages to that approach. This integration raises a lot of fear that the budget will go to the hospital, but at the same time, it provides public health with a lot of opportunity to do some good work, given that the proper training is provided to people. One challenge now is to train those people who are administrators of those structures of public health.

To return to Dr. Reading's point, there is a general feeling in Canada that good will is enough, where it is not. We should train the right people in whatever the structure is, and the problem is not structural. The problem is having the right people with the

et de Mme Bégin. Ce serait bien que la santé et le bien-être social forment une entité, mais ce n'est pas essentiel, car leurs façons respectives d'envisager les choses sont inversées. Voilà pourquoi j'ai parlé d'harmonisation des objectifs.

Nous voulons qu'un gros groupe de personnes pousse dans la même direction. Si nous pensons aux entités qui devraient composer ce groupe, ce n'est pas la santé et le bien-être social. C'est RHDSC, selon son sigle actuel, le ministère de l'Environnement, le ministère des Ressources naturelles, le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, Finances Canada, Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, et cetera. La liste est longue.

Ce qui m'amène à l'idée d'un comité du Cabinet. Je ne crois pas que ce soit la bonne solution — enfin, peut-être pour réaliser un objectif précis. Si nous arrivons à un point où nous sommes prêts à lancer une initiative, comme un programme de développement de la petite enfance, si une telle initiative devait se concrétiser, nous voudrions peut-être constituer un comité du Cabinet pour travailler au cheminement de l'initiative, mais d'une certaine façon, nous voulons que ces ministères et que ces ministres collaborent de façon beaucoup moins officielle. Nous voulons que chacune de leurs actions reflète un intérêt collectif à améliorer la santé de la population de différentes façons.

Mme Bégin : En ce qui a trait à la formation universitaire, je n'arrive pas à me rappeler si la loi prévoyait aussi la formation collégiale, mais, en juin 1984, la Chambre a passé une loi concernant — si mes souvenirs sont exacts — le Programme de carrière pour les Indiens et les Inuits dans le domaine de la santé. Cette loi était fondée sur ce que m'a dit un juge au sujet de la formation juridique de l'époque pour les Premières nations.

On m'a dit qu'on ne pouvait pas étouffer une loi aussi rapidement; sinon, on n'investirait pas, mais peut-être que quelqu'un pourrait vérifier. Si vous voulez promouvoir la santé et le savoir au sein de la population des peuples autochtones, la loi peut être révisée et sa portée peut être élargie pour inclure cela afin que cette question devienne une priorité du gouvernement.

Mme Potvin : Je voulais répondre à votre question, sénateur Keon, au sujet des secteurs où la santé publique devrait agir. Regardez le Canada. Sur le plan de la structure, la santé publique joue un rôle sur divers plans, et elle a évolué au fil des années. De nos jours, le Québec réintègre la santé publique dans le dossier des hôpitaux, par exemple. Il y a des inconvénients et des avantages à cette démarche. Cette intégration soulève beaucoup de crainte que le gros du budget soit affecté aux hôpitaux, mais, en même temps, la situation présente beaucoup d'occasions à la santé publique de prendre des mesures utiles, à condition qu'une formation adéquate soit dispensée aux gens. L'un des défis à relever actuellement est de former les gens qui administrent ces structures de la santé publique.

Pour revenir au point du Dr Reading, on a tendance à croire au Canada que la bonne foi suffit, alors que c'est faux. Il faut former les bonnes personnes, peu importe quelle est la structure — car le problème n'est pas d'ordre structurel. L'enjeu

right training. The health personnel and public health personnel, at this point in Canada, are not well-trained. That training is also a kind of constant that is said to be done but is not being done.

Senator Callbeck: Mr. Cappe raised the idea a minute ago that Ms. Bégin presented this morning about having a cabinet committee chaired by a powerful minister — the Prime Minister, the deputy prime minister or the minister of finance but preferably not the Minister of Health — and she suggested why.

Mr. Cappe, you said you did not agree with that idea. I take it that you think this should be an informal arrangement between ministers? Who should drive this arrangement?

Mr. Cappe: I will invoke Senator Eggleton's reference earlier to the front office. I do not dispute the premise that they need someone to drive this arrangement. Therefore, I would rather see all the actions of government focused on this issue and put through the lens of its impact on public health, as the fourth report recommends. However, I would put it in a mandate letter from the Prime Minister to the relevant ministers. All of them are relevant in one way or another. If the Prime Minister tells each minister to focus on the following three things, and one of those three things is the advancement of public health in Canada, it focuses the attention. The Prime Minister, as you know better than most people, has power only informally, but the Prime Minister has the ability to name ministers, and that is about all the power they need. Therefore, ministers will pay attention to that mandate letter. If the Prime Minister says, "I want you to report back in a year on what you did and how you cooperated with your colleagues to advance the agenda," then I have more confidence in that approach than I do in an institutionalized cabinet committee with a secretariat and cabinet documents being prepared and a lot of paper being printed, which might not advance the agenda much.

Ms. Browne: As much respect as I have for public health, I want to go to the more compelling thing. I would unite public health with community and social services because the burden and the cost of so many problems are there, in terms of income maintenance, disability pensions and so forth whatever. I realize public health has different emphases, such as community capacity and development. They are good at that. However, our public health department would say half the people they work with are on social assistance. However, at the time, they only had 4,600 visits a year, and there were a hundred thousand people on social assistance. Public health has been so badly underfunded over the years that I am not sure it has the capacity to take the lead.

consiste à recruter les personnes qui ont reçu la bonne formation. À l'heure actuelle, au Canada, le personnel en santé et en santé publique n'est pas bien formé. On dit toujours que la formation nécessaire est dispensée, mais elle ne l'est pas.

Le sénateur Callbeck : M. Cappe vient de revenir sur l'idée que Mme Bégin a présentée ce matin au sujet de l'établissement d'un comité du Cabinet présidé par un ministre puissant — le premier ministre, le vice-premier ministre ou le ministre des Finances, mais, idéalement, pas le ministre de la Santé —, et elle a expliqué pourquoi.

Monsieur Cappe, vous avez exprimé votre opposition à cette idée. J'en déduis que vous croyez qu'il devrait plutôt s'agir d'un arrangement informel entre les ministres? Qui devrait diriger cet arrangement?

M. Cappe : Je vais invoquer les propos antérieurs du sénateur Eggleton à l'égard du grand patron. Je ne remets pas en question la nécessité qu'une personne prenne les commandes de cet arrangement. Ainsi, j'aimerais mieux que toutes les mesures du gouvernement soient axées sur cette question et envisagées en fonction de son impact sur la santé publique, comme le recommande le quatrième rapport. Toutefois, je l'inscrirais dans une lettre de mandat du premier ministre aux ministres concernés. Tous les ministres sont concernés, d'une façon ou d'une autre. Si le premier ministre demande à chaque ministre de se concentrer sur trois choses, dont l'une serait l'avancement de la santé publique au Canada, l'attention serait canalisée. Le pouvoir du premier ministre, comme vous le savez mieux que la majorité des gens, est seulement officieux, mais il a la capacité de nommer les autres ministres, et c'est tout le pouvoir dont il a besoin. Ainsi, les ministres seront attentifs au contenu de la lettre de mandat. Si le premier ministre disait « Je veux que vous me présentiez des conclusions dans un an sur ce que vous avez fait et comment vous avez coopéré avec vos collègues pour faire avancer le programme », alors j'aurais davantage confiance en cette démarche qu'en un comité du Cabinet érigé en institution et assorti d'un secrétariat qui prépare des documents du Cabinet et imprime beaucoup de mots, ce qui risque de ne pas trop faire avancer le programme.

Mme Browne : Malgré tout le respect que j'ai pour la santé publique, j'insisterais sur un aspect plus pressant. J'unirais la santé publique et les services communautaires et sociaux, car c'est là que se trouvent le fardeau et le coût de tant de problèmes, comme le maintien du revenu, les prestations d'invalidité et ainsi de suite. Je comprends que la santé publique a différentes priorités, comme la capacité communautaire et le développement. Elle fait du bon travail à ces égards. Toutefois, les représentants de la santé publique affirmeraient que la moitié des gens avec qui ils travaillent bénéficient de l'aide sociale. Cependant, à l'époque, il n'y avait que 4 600 visites par année, tandis que des centaines de milliers de gens toucheraient de l'aide sociale. Le secteur de la santé publique a tellement été sous-financé au fil des années que je ne suis pas certaine qu'il soit en mesure de prendre les rênes.

To become involved in direct service with public health, someone had to come to the attention of someone else to be referred, whereas that is not the case in the social services, food banks and so forth.

The Chair: It is interesting when witnesses come before us and fundamentally, their stories are universal. They say, they have this problem, whether it is a mental health issue or whatever, and they had to take time off work and ran out of money and had no place to go and they are receiving psychiatric treatment. Then, when they walk out the door of, say, the Royal Ottawa Hospital they do not know anyone to help them obtain social assistance, housing, food and all this stuff.

Surely the government can come together and find a way of providing community resources that produce connectivity for these poor people to have a place to go. It seems to me this problem is a huge missing link in our health and social service organization in Canada at the present time.

Ms. Potvin alluded to integrating public health for hospitals. Again, I am not sure that is the way to go because we seem to have an inability to think of organizing anything in health that is not associated with hospitals and doctors. On this one, to effect the 12 determinants, we need some kind of community infrastructure that can talk about the 12 determinants, not only one of them.

When I wrap up, I will allude to why I am looking forward to working closely with the Standing Senate Committee on Aboriginal Peoples on this issue.

Dr. Butler-Jones: In part response to your comments, senator, and hopefully what I am trying to be clear about is that there are different structural solutions to address that. Many provinces now have integrated systems, at least for health and many social service components also under the same administration. The provinces do not necessarily talk to each other.

I worked as a medical officer in Ontario. We had close linkages with social services, with education, with municipalities and others and sat around tables where we thought through the implications of each of our program's activities to try to minimize the disconnects in the system.

One of Saskatchewan's approaches is to have fora for assistant deputy ministers and regional fora from all the different sectors, come together to think through the problems. There are different ways of approaching it. A few people have asked what we are trying to accomplish in this approach and the necessity of it. If the expectation is clear that the performance of CEOs, deputy ministers, ministers or others depends on our ability to work across sectors and ensure that these gaps do not occur, it is much more likely to be done, whatever the structure. No matter what the structure, if we do not have that expectation in place, we have

Pour profiter du service direct de la santé publique, le cas d'une personne doit attirer l'attention d'une autre personne qui la dirigera vers le service, alors que ce n'est pas le cas dans le secteur des services sociaux, dans les banques d'alimentation, et cetera.

Le président : Il est intéressant de voir que, lorsque des témoins viennent nous raconter leur histoire, leur récit est fondamentalement universel. Ils disent qu'ils ont un problème, que ce soit sur le plan de la santé mentale ou autre chose, qu'ils ont dû prendre congé du travail, ont manqué d'argent et n'avaient aucun endroit où aller, et qu'ils reçoivent des soins en psychiatrie. Ensuite, lorsqu'ils franchissent la porte, disons, de l'hôpital Royal d'Ottawa, ils ne connaissent personne qui peut les aider à obtenir de l'aide sociale, un logement, des repas et tout le reste.

Je suis certain que les gens au gouvernement peuvent se réunir et trouver une façon d'offrir des ressources communautaires afin de créer le réseau auquel peuvent s'adresser ces pauvres gens. Il me semble que ce problème constitue un énorme chaînon manquant dans l'organisation actuelle des services sociaux et des services de santé au Canada.

Mme Potvin a fait une allusion à l'intégration de la santé publique dans les hôpitaux. Encore une fois, je ne suis pas certain que ce soit la bonne façon de faire, car nous semblons incapables d'envisager l'organisation de quoi que ce soit en santé sans l'assimiler aux hôpitaux et aux médecins. Sur ce point, pour suivre les 12 déterminants, nous avons besoin d'une forme d'infrastructure communautaire qui peut s'intéresser aux 12 déterminants à la fois, pas seulement à l'un d'eux.

Lorsque je conclurai, je mentionnerai pourquoi je me réjouis à l'idée de travailler en étroite collaboration avec le Comité sénatorial permanent des peuples autochtones sur cette question.

Dr Butler-Jones : Pour répondre en partie à vos commentaires, sénateur, et ce que je tente de préciser, c'est qu'il existe diverses solutions d'ordre structurel pour relever ce défi. Beaucoup de provinces sont désormais dotées des systèmes intégrés, du moins en ce qui concerne la santé et de nombreuses composantes des services sociaux regroupées sous la même administration. Les provinces ne se consultent pas nécessairement entre elles.

J'ai travaillé comme médecin hygiéniste en Ontario. Nous entretenions des liens étroits avec les services sociaux, le milieu de l'éducation, les municipalités et d'autres intervenants, et nous nous réunissions pour réfléchir aux conséquences éventuelles des activités de chacun de nos programmes afin de réduire au minimum les failles dans le système.

L'une des démarches de la Saskatchewan consiste à réunir les forums pour les sous-ministres adjoints et les forums régionaux pour tous les différents secteurs afin qu'ils réfléchissent aux problèmes. Il y a diverses façons d'aborder la question. Certaines personnes nous ont demandé ce que nous tentions d'accomplir par cette démarche et ont remis en question sa nécessité. Si on s'entend clairement sur le fait que le rendement des directeurs généraux, des sous-ministres, des ministres ou d'autres intervenants dépend de la capacité de nos secteurs de travailler ensemble et de s'assurer que de telles lacunes ne surviennent pas,

seen many of those structures where they are bunch of parallel silos even though they are down the hall.

The Chair: There is nothing left to do except to thank you all for spending this long and strenuous day with the committee. I am particularly appreciative of how many of you stayed around on a Friday afternoon. My experience with Friday afternoon meetings is they become badly depleted by about 2:30 p.m.

I was going to wrap up. I will not. You have heard all the conversations. I think you know where we need to go. We need to find a way of providing some leadership at the level of the federal government. What particular form that leadership takes we will need to consult some people and fine-tune this information.

I remain convinced that we also need to provide advice about how community services must be organized to bring together the determinants of health, whether it is around a town council or some other entity. A city the size of Toronto probably cannot approach this but there are many community organizations in Toronto where this issue can be discussed and where people understand the problem.

Our priority programs have not changed from day one. When we set out we thought they would be maternal health and early child development. I mean early child development in every sense of the phrase. The points are well taken that there must not be an abandonment at age three if these children are not ready to go to school yet. It must be an early life continuity of programs.

The other thing I feel we must address in all conscience even though it has been addressed in many ways, is Aboriginal health. Dr. Reading has been helpful, and the other people involved in Aboriginal health have been helpful. However, we must find a way of suggesting strategies to work around some of the tremendous difficulties that occur in moving an agenda through the Aboriginal community without interfering with their way of life and their own organizations. We have given that a lot of thought and I believe we can propose some structures that will help.

Finally, Ms. Yeates, we will nail you to the cross and be back over and over and over because we want to measure everything we are doing and see how we are doing it. You made the mistake, the first time you came before the committee, of saying you can do this measurement.

Thank you very much everyone.

The committee adjourned.

la réussite est beaucoup plus probable, peu importe la structure. Quelle que soit la structure, l'absence d'un tel consensus mènera, comme nous avons souvent vu dans le passé, à un cloisonnement où chacun travaille en parallèle, même si les autres se trouvent dans les bureaux à l'autre bout du couloir.

Le président : Tout ce qui reste à faire, c'est de vous remercier d'avoir passé cette longue journée exténuante avec le comité. J'apprécie particulièrement le fait que nombre de vous soyez restés par un vendredi après-midi. Selon mon expérience, les réunions du vendredi après-midi se vident considérablement dès 14 h 30 environ.

J'étais sur le point de faire une récapitulation, mais je ne le ferai pas. Vous avez entendu toutes les discussions. Je crois que vous savez où il faut aller. On doit trouver une façon d'assurer un leadership à l'échelon du gouvernement fédéral. Pour définir la forme particulière que prendra cette direction, nous devons consulter des gens et mettre au point l'information.

Je demeure convaincu qu'il faut également donner des conseils sur la façon d'organiser les services communautaires pour regrouper tous les déterminants de la santé, que cela s'articule autour d'un conseil municipal ou d'une autre entité. Pour une ville de la grandeur de Toronto, il est probablement impossible de procéder ainsi, mais il existe de nombreux organismes communautaires à Toronto qui peuvent discuter de cette question et qui comprennent le problème.

Nos programmes prioritaires n'ont jamais changé depuis le début. Lorsque nous avons commencé, nous pensions à la santé maternelle et au développement de la petite enfance. Et lorsque je parle du développement de la petite enfance, c'est dans tous les sens du terme. Nous avons bien compris qu'il ne faut pas abandonner l'enfant dès qu'il atteint l'âge de trois ans s'il n'est pas prêt à aller à l'école. Il doit y avoir continuité des programmes qui s'adressent à la petite enfance.

L'autre chose sur laquelle je crois que nous devons nous concentrer, en toute conscience, même si la question a déjà fait l'objet de nombreuses mesures, est la santé des Autochtones. Le Dr Reading a apporté une contribution, ainsi que les autres personnes actives dans le milieu de la santé des Autochtones. Toutefois, nous devons parvenir à proposer des stratégies qui permettront de surmonter les énormes difficultés qui surviennent lorsqu'on tente de faire avancer un programme dans la collectivité autochtone sans intervenir avec son style de vie et ses propres organismes. Nous avons beaucoup pensé à cet aspect et je crois que nous pouvons proposer des structures qui seront utiles.

Enfin, madame Yeates, nous vous ennuierons encore et vous inviterons encore, car nous voulons tout mesurer ce que nous faisons pour voir si nous réussissons. Vous avez fait l'erreur, la première fois que vous êtes venue témoigner devant le comité, de vous proposer pour faire cela.

Merci beaucoup à tous et à toutes.

La séance est levée.

SENATE SÉNAT

POPULATION HEALTH POLICY: FEDERAL, PROVINCIAL AND TERRITORIAL PERSPECTIVES

Third 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

April 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 3
CHAPTER 1: THE FEDERAL GOVERNMENT 5
1.1 MAIN FINDINGS 5
1.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION 6
1.3 MONITORING AND EVALUATION 13
1.4 ABORIGINAL HEALTH 16
CHAPTER 2: ALBERTA 18
2.1 MAIN FINDINGS 18
2.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION 18
2.3 MONITORING AND EVALUATION 21
CHAPTER 3: BRITISH COLUMBIA 23
3.1 MAIN FINDINGS 23
3.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION 23
3.3 MONITORING AND EVALUATION 26
CHAPTER 4: MANITOBA 28
4.1 MAIN FINDINGS 28
4.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION 28
4.3 MONITORING AND EVALUATION 31
CHAPTER 5: NEW BRUNSWICK 33
5.1 MAIN FINDINGS 33
5.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION 33
5.3 MONITORING AND EVALUATION 37
CHAPTER 6: NEWFOUNDLAND AND LABRADOR 38
6.1 MAIN FINDINGS 38
6.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION 38
A. Strategic Social Plan 38
B. Healthier Together: Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador 40
C. Building a Healthier Future: A Draft Provincial Health Charter 40
D. Poverty Reduction Strategy 41
E. Provincial Wellness Plan 43
6.3 MONITORING AND EVALUATION 44
A. Community Accounts 45
B. Learning Study 46
CHAPTER 7: NOVA SCOTIA 47
7.1 MAIN FINDINGS 47
7.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION 47
7.3 MONITORING AND EVALUATION 50
CHAPTER 8: ONTARIO 53
8.1 MAIN FINDINGS 53
8.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION 53
8.3 MONITORING AND EVALUATION 57
CHAPTER 9: PRINCE EDWARD ISLAND 58

9.1 MAIN FINDINGS 58
9.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION 58
9.3 MONITORING AND EVALUATION 62
CHAPTER 10: QUÉBEC 65
10.1 MAIN FINDINGS 65
10.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION 65
10.3 MONITORING AND EVALUATION 68
10.4 INTERSECTORAL ACTION PLAN TO COMBAT POVERTY 70
CHAPTER 11: SASKATCHEWAN 72
11.1 MAIN FINDINGS 72
11.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION 72
11.3 MONITORING AND EVALUATION 75
CHAPTER 12: THE TERRITORIES 77
12.1 MAIN FINDINGS 77
12.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION 77
i. Northwest Territories 78
ii. Yukon 80
iii. Nunavut 81
12.3 MONITORING AND EVALUATION 82
CHAPTER 13: COMPARATIVE ANALYSIS 84
13.1 THE CONCEPT OF POPULATION HEALTH 84
13.2 HEALTH GOALS AND TARGETS 85
13.3 HEALTH IMPACT ASSESSMENT 86
13.4 MONITORING, EVALUATION AND RESEARCH 87
13.5 ROLE OF THE HEALTH SECTOR 88
13.6 REGIONALIZATION 88
13.7 FUNDING 89
13.8 INTERSECTORAL ACTION 89
13.9 WHY DO SERIOUS HEALTH DISPARITIES PERSIST IN CANADA? 91
APPENDIX 1 - WITNESS LIST 93

The Committee would like to thank the following staff for their hard work in the preparation of this report:

From the Library of Parliament:
Odette Madore, Analyst
Michael Toye, Analyst

Laura Corbett, Consultant
Bev Nickoloff, Consultant

From the Committees Directorate:
Josée Thérien, Clerk of the Committee, 1st Session of the 39th Parliament
Barbara Reynolds, Clerk of the Committee, 2nd Session of the 39th Parliament

Louise Pronovost, Administrative Assistant, 1st Session of the 39th Parliament
Tracy Amendola, Administrative Assistant, 2nd Session of the 39th Parliament

ORDER OF REFERENCE

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

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

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health — 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 Senators: Art Eggleton, P.C., Jim Munson, and Hugh Segal

EXECUTIVE SUMMARY

- This report describes and compares the efforts of federal, provincial and territorial governments to develop and implement population health policy in Canada.

- The concept of population health was elaborated in Canada in 1974 with the Lalonde report; it then evolved from a focus on improving overall health status to an emphasis on reducing health disparities.

- Both the federal and provincial/territorial governments have devoted considerable attention to population health. However, there is no national plan in Canada to reduce health disparities and improve overall population health status.

- In 1997, the federal government endorsed a Memorandum to Cabinet on Population Health; the proposal involved 18 departments and identified Health Canada as the lead. Yet, it did not succeed in coordinating the activities of the different departments concerned. It failed because significant funding cuts impeded its implementation. Only Health Canada moved forward to apply a population health lens to its programs and initiatives.

- In 2001, Health Canada developed a template that provides guidance to successful implementation of population health policy in both the health and non-health sectors. Though useful, this document has not convinced the non-health sector to embark on an ambitious population health agenda.

- Aboriginal populations bear a disproportionate burden of ill health and social suffering in Canada. The federal government can play a key role in addressing these health disparities. Currently, 30 federal departments and agencies deliver some 360 programs and services at a cost of $8.2 billion to all Aboriginal peoples. These programs and services, however, are not coordinated and integrated in a way as to reduce health disparities.

- In Newfoundland and Labrador and Québec, population health policy emanates from the health department, but the two jurisdictions also have separate policies on poverty and social exclusion. In other provinces, current whole-of-government approaches tend to be structured around singular health determinants, such as ActNow BC's focus on personal health practices and early childhood development by Healthy Child Manitoba.

- Each province implemented health goals between 1989 and 1998, but by the end of the 1990s they were no longer being used. In 2005, Federal, Provincial and Territorial Ministers of Health established health goals for Canada but, to date, they have not evolved into a national strategy or translated into measurable actions. Moreover, national targets have not been set for reducing health disparities.

- The 1997 Memorandum to Population Health submitted to the federal Cabinet recommended that Health Impact Assessment (HIA) be used to assess health impacts of federal policies and programs. Similarly, the use of Health Impact Assessment tools has been promoted in numerous provinces and a number of provincial reports have recommended that HIA be part of all Cabinet submissions. To date, only Quebec has passed legislation to ensure that the health impacts of proposed laws and regulations are assessed.

- Canada has sound data on population health status by health determinants and on health disparities. At the national level, reliable information is provided by the Canadian Population Health Initiative, Statistics Canada and the Public Health Agency of Canada, while several useful sources of health indicators and health disparities are available at the provincial level including, to name of few, the Manitoba Health Data Repository, the Community Accounts in Newfoundland and Labrador, and the B.C. Health and Wellness Survey.

- Canada plays an important role in population health research with the work funded or performed at the national level by the Canadian Institutes of Health Research, the National Collaborating Centres on Public Health, the Canadian Population Health Initiative, Health Canada, and the Public Health Agency of Canada, as well as at the provincial level by the Manitoba Centre for Health Policy, the *Institut de la santé publique du Québec*, the Ontario Institute for Work and Health and the Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, among others.

- Between 1994 and 2004, one of the main vehicles for intergovernmental coordination and dialogue in population health was the Advisory Committee on Population Health, which advised the Federal/Provincial/Territorial (F/P/T) Conference of Deputy Ministers of Health. This advisory committee played a key role in taking a long term and integrated view of the health of the population and ensuring policy coherence across issue areas. In 2004, with the publication of *Reducing Health Disparities*, the Advisory Committee addressed, for the first time in Canada, health disparities from a systemic perspective as opposed to addressing specific populations experiencing health disparities.

INTRODUCTION

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has been mandated to examine and report on the broad determinants that influence the health of Canadians. We are particularly interested in identifying the actions that would have to be taken by the federal government to implement a population health policy. In our study, "population health policy" or "population health approach" refers to public policy that aims to reduce health disparities and improve the overall health of the population by addressing, in a coordinated fashion, the range of factors that influence health. Such an approach requires intersectoral action – coordination among different government departments, collaboration among all levels of government and the participation of different stakeholders from non-government organizations, industry and communities.

In its 13 chapters, this report deals with the efforts of the federal, provincial and territorial governments to develop and implement population health policy. Chapter 1 reviews the efforts of the federal government, while chapters 2 through 12 summarize those undertaken in each province and the territories. Finally, Chapter 13 provides a comparative review of the approaches used to develop and implement population health policy in the various jurisdictions in Canada.

CHAPTER 1: THE FEDERAL GOVERNMENT

1.1 MAIN FINDINGS

- The federal government has been recognized as a leader worldwide in elaborating the concept of population health. Health Canada has played a key role in promoting population health at the federal level and has officially adopted a population health framework for its programs and initiatives.

- In 1997, Cabinet ministers formally agreed to adopt a whole-of-government approach to population health involving 18 departments, with Health Canada as the lead. However, funding initially committed to implement the population health policy was subsequently significantly curtailed and, as a consequence, the federal government did not move forward with a comprehensive approach to population health.

- The work of the Federal/Provincial/Territorial (F/P/T) Advisory Committee on Population Health led to intergovernmental consensus and collaboration on advancing population health in Canada. The approach advocated by the Advisory Committee was officially endorsed by all F/P/T Ministers of Health.

- Documents prepared by Health Canada as well as the F/P/T Advisory Committee provided guidance on the design and implementation of intersectoral action by the health and other sectors to improve population health and reduce health disparities. Though useful in the health sector, these documents have not convinced sectors other than health to embark on this ambitious agenda.

- Over the years, the federal government has played a key role in the development of a sound population health information infrastructure. It has also made significant investments in research on population health and health disparities. Key players in these fields include Statistics Canada, Canadian Population Health Initiative, Canadian Institutes of Health Research, Public Health Agency of Canada, and National Collaborating Centres for Public Health.

- In 2005, an important step toward the development of population heath policy was reached when the F/P/T Ministers of Health agreed on a set of health goals. Each government is to put them into effect in meaningful and relevant ways. But, to date, the goals have not been converted into concrete actions nor have they evolved into a pan-Canadian population health strategy.

- Also in 2005, the F/P/T Ministers of Health also approved the Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy, an intersectoral strategy with the goal of increasing the proportion of Canadians who are physically active, eat healthy food and maintain healthy body weights over a ten-year period. The Strategy has the potential to address health disparities significantly .

- Major health disparities exist both among Aboriginal populations and communities and between Aboriginal and other Canadians. The federal government can play a key role in addressing these health disparities. Currently, 30 federal departments and agencies deliver some 360 programs and services to Aboriginal peoples but they are not coordinated and integrated in ways to reduce health disparities.

1.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

Some three decades ago, the federal government was recognized as a leader worldwide in elaborating the concept of population health. Since then the concept has evolved from a focus on improving overall health status to one of reducing disparities in health.

In 1974, the then federal Minister of Health, Marc Lalonde, issued a working document entitled *A New Perspective on the Health of Canadians*. This report, which legitimated the idea of developing a broad population health policy, argued that good health is not the result of medical care alone and that changes in lifestyles and to social and physical environments would likely improve in the health status of Canadians more than would spending more money on health care delivery. The Lalonde report identified four major health determinants: human biology, environment, lifestyle and organization of health care.[1] Following the public release of the Lalonde report, the federal department of health created community programs and issued specific social marketing campaigns aimed at health promotion (such as ParticipACTION, "Dialogue on Drinking" and the Canada Food Guide).

In 1986, the then federal Minister of Health, Jake Epp, released *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*. Like the Lalonde report, this report recognized the broader social, economic and environmental factors affecting health and advocated development of a population health policy. More importantly, the Epp report conceptualized a population health approach not only as a complement to the health care system but also as a means of reducing health disparities among Canada's various socio-economic populations. It recommended that all policies bearing directly on health be coordinated, including, among others, income security, employment, education, housing, business, agriculture, transportation, justice and technology.[2] Federal programs based on such an interdepartmental approach that were initiated during that period include Canada's

---

(1) Marc Lalonde, Minister of National Health and Welfare, *A New Perspective on the Health of Canadians – A Working Document*, Ottawa, April 1974. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde_e.html

(2) Jake Epp, Minister of Health and Welfare, *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*, Ottawa, 1986. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/1986-frame-plan-promotion/index_e.html

Drug Strategy, the Heart Health Initiative, the Family Violence Initiative, a National AIDS strategy, etc.[3]

In 1989, the Canadian Institute for Advanced Research (CIFAR), an academic think tank, provided empirical evidence that the health of populations is the result of a complex interaction among several health determinants. In their seminal collaborative book, *Why are Some People Healthy and Others Not?*, CIFAR's researchers demonstrated convincingly that social and economic conditions exert a major and potentially modifiable influence on health through their impact on biological mechanisms (i.e. the nervous, endocrine, and immune systems) that were just beginning to be understood. Moreover, they identified early childhood, during development of fundamental neuronal pathways, as a critically important window for the development of intelligence and coping skills.[4]

The empirical evidence provided by CIFAR on the link between socio-economic factors and the health of both individuals and the population as well as on the relationships between early childhood experiences and health had a major influence on public policy. In 1993 the Federal/Provincial/Territorial (F/P/T) Conference of Deputy Ministers of Health established the F/P/T Advisory Committee on Population Health to provide national and intergovernmental policy advice on how to improve overall health and reduce disparities within a population health framework. A year later, the Advisory Committee published *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians*. This report summarized what was known at the time about the broad determinants of health and proposed national action to create greater understanding among the public about the population health approach as well as among government partners outside the health sector and to develop comprehensive intersectoral population health initiatives for a few key priorities.[5] The F/P/T

---

(3) It is interesting to note that, also in 1986, *The Ottawa Charter for Health Promotion* insisted on the need for intersectoral action in tackling health disparities. The Charter, which was adopted at the First International Conference on Health Promotion organized by the World Health Organization, identified five priorities for action: 1) building healthy public policy; 2) creating supportive environments; 3) strengthening community action; 4) developing personal skills; and 5) reorienting health services. It also recognized the fundamental conditions and resources for health to be peace, shelter, education, food, income, a stable ecosystem, sustainable resources, social justice and equity. (World Health Organization, *The Ottawa Charter for Health Promotion*, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/)

(4) *Why are Some People Healthy and Others Not? – The Determinants of Health of Populations*, Editors Robert G. Evans, Morris L. Barer and Theodore Marmor, 1994

(5) Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health, *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians*, Ottawa, 1994. http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/approach/linked.html

Ministers of Health officially endorsed the approach advocated by the Advisory Committee. Around that time, several programs were developed to improve the well-being of Canadian children, including National Child Benefits, Canada Prenatal Nutrition Program, Aboriginal Head Start Program, etc.

In 1996, Health Canada published *Towards a Common Understanding: Clarifying the Core Concepts of Population Health*, which described twelve determinants of health (income and social status; social support networks; education; employment and working conditions; social environments; physical environments; biology and genetic endowment; personal health practices and coping skills; healthy child development; health services; gender; and culture) and identified five underlying assumptions of the population health approach: 1) Health is determined by the complex interactions between individual characteristics, social and economic factors and physical environments; 2) The health of a population is closely linked to the distribution of wealth across the population; 3) Strategies to improve population health must address the entire range of factors that determine health; 4) Important health gains can be achieved by focusing interventions on the health of the entire population (or significant sub-populations) rather than individuals; and 5) Improving health is a shared responsibility that requires the development of healthy public policies in areas outside the traditional health care system. One of the key actions identified was a long-term, sustained investment and commitment within Health Canada as well as its promotion in other departments responsible for policies that impact on the health of Canadians. To help achieve this goal, Health Canada established an Interdepartmental Reference Group on Population Health made up of representatives from 18 government departments. The group shared information about programs and policies of member departments and identified opportunities for collaboration on common areas of concern.[6]

In 1997, the Interdepartmental Reference Group significantly advanced the cause of population health within the federal government by presenting a Memorandum to Cabinet on Population Health. Importantly, Cabinet formally agreed to adopt a population health approach to guide its policy and Health Canada was confirmed as the lead department. Cabinet Ministers also agreed to work with Health Canada in developing tools and mechanisms to assess the health impacts of

---

(6) Health Canada, *Towards a Common Understanding: Clarifying the Core Concepts of Population Health*, Discussion Paper, 1996. http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/docs/common/index.html

federal policies and programs. Due to fiscal restraint, however, the funding initially committed to implement the federal population health policy was subsequently significantly curtailed.[7]

Despite the reduction in financial resources, in 1998 Health Canada formally adopted a population health framework for all its programs and initiatives. To address the conceptual and organizational challenges posed by the transition to the population health approach, the department developed information and tools to assist its staff, including *Taking Action on Population Health*.[8] Health Canada also published the *Blueprint to Promote a Population Health Approach in Canada* which identified six action areas – theory; policy; evidence; marketing; mobilization and institutionalization; as well as the outcomes expected – to facilitate the integration of a population health approach within the department. These following areas were defined:

- Theory – develop further the theoretical framework for population health to integrate evidence supporting policy and program interventions and provide a knowledge base for developing tools needed to apply the population health approach;
- Policy – incorporate the population health approach into the public policy process in all sectors with tools for priority setting and accountability, such as population health reporting and health accounts;
- Evidence – encourage research agendas that address population health priorities and health information systems that capture population health data;
- Marketing – inform and influence decision makers, stakeholders and the public about population health through communication campaigns, workshops, presentations and publications;
- Mobilization – develop tools, partnerships and approaches that support implementation; and
- Institutionalization – strike joint committees, establish appropriate policies and structures within organizations, and provide organizations with clear mandates for reporting and evaluating population health approaches.[9]

In 1999, the F/P/T Advisory Committee on Population Health released *Intersectoral Action… Towards Population Health* which stressed that improving the health, well-being and quality of life of the population and reducing persistent health disparities requires the involvement of many sectors. It emphasized that intersectoral action – cooperation and collaboration within and between organizations and sectors – must involve the public and government sectors, the voluntary sector, the

---

(7) Barbara Legowski and Lindsey McKay, *Health beyond Health Care: Twenty-five Years of Federal Health Policy Development*, Discussion Paper, Canadian Policy Research Networks, October 2000. http://www.cprn.org/doc.cfm?doc=131&l=en

(8) Health Canada, *Taking Action on Population Health – A Position Paper for Health Promotion and Programs Branch Staff*, 1998. http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/tad_e.pdf

(9) *Ibid*.

private sector, businesses, professionals and consumers in the fields of health, justice, education, social services, finance, agriculture, environment, and so forth.[10] The report was not a detailed guide for designing and implementing intersectoral action, but it did, however, enunciate conditions for successful intersectoral collaboration, including:

- Seek shared values and interests and alignment of purpose among partners and potential partners.
- Ensure political support, building on positive factors in the policy environment.
- Engage key partners at the very beginning; be inclusive.
- Ensure appropriate horizontal linking across sectors as well as vertical linking of levels within sectors.
- Invest in the alliance building process; work for consensus at the planning stage.
- Focus on concrete objectives and visible results.
- Ensure that leadership, accountability and rewards are shared among partners.
- Build stable teams of people who work well together and have appropriate supports.

Intersectoral actions that were initiated around that time included, among others, the National Tobacco Reduction Strategy and the Vancouver Agreement.

In 2001, Health Canada published *The Population Health Template* which outlined the procedures and processes required to implement a more comprehensive population health approach involving both the health and other sectors. The Template identified eight key elements for successful implementation of the population health approach (see table 1.1).[11]

---

(10) Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health, *Intersectoral Action… Towards Population Health*, Ottawa, June 1999. http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/collab/linked.html

(11) Health Canada, *The Population Health Template: Key Elements and Actions That Define A Population Health Approach*, July 2001. http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/approach/index.html

TABLE 1.1: POPULATION HEALTH KEY ELEMENTS

Key Element	Actions
Focus on the Health of Populations	▪ Determine indicators for measuring health status Measure and analyze population health status and health status inequities to identify health issues ▪ Assess contextual conditions, characteristics and trends
Address the Determinants of Health and Their Interactions	▪ Determine indicators for measuring the determinants of health ▪ Measure and analyze the determinants of health, and their interactions, to link health issues to their determinants
Base Decisions on Evidence	▪ Use best evidence available at all stages of policy and program development ▪ Explain criteria for including or excluding evidence ▪ Draw on a variety of data ▪ Generate data through mixed research methods ▪ Identify and assess effective interventions ▪ Disseminate research findings and facilitate policy uptake
Increase Upstream Investments	▪ Apply criteria to select priorities for investment ▪ Balance short and long term investments ▪ Influence investments in other sectors
Apply Multiple Strategies	▪ Identify scope of action for interventions ▪ Take action on the determinants of health and their interactions ▪ Implement strategies to reduce inequities in health status between population groups ▪ Apply a comprehensive mix of interventions and strategies ▪ Apply interventions that address health issues in an integrated way ▪ Apply methods to improve health over the life span ▪ Act in multiple settings ▪ Establish a coordinating mechanism to guide interventions
Collaborate Across Sectors and Levels	▪ Engage partners early on to establish shared values and alignment of purpose ▪ Establish concrete objectives and focus on visible results ▪ Identify and support a champion ▪ Invest in the alliance building process ▪ Generate political support and build on positive factors in the policy environment ▪ Share leadership, accountability and rewards among partners
Employ Mechanisms for Public Involvement	▪ Capture the public's interest ▪ Contribute to health literacy ▪ Apply public involvement strategies that link to overarching purpose
Demonstrate Accountability for Health Outcomes	▪ Construct a results-based accountability framework ▪ Ascertain baseline measures and set targets for health improvement ▪ Institutionalize effective evaluation systems ▪ Promote the use of health impact assessment tools ▪ Publicly report results

Source: Health Canada, *The Population Health Template: Key Elements and Actions That Define A Population Health Approach*, July 2001, p. 7. http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/approach/index.html

In 2002, the F/P/T Advisory Committee on Population Health established a Health Disparities Task Group with the mandate of providing advice on the role of the health sector in addressing health disparities. The Task Group, which included policy-makers and researchers from the health and social sectors, both within and outside government[12], identified four roles for the health sector in the reduction of health disparities:

- make the reduction of health disparities a health sector priority (establish a national leadership capacity; set goals and targets; use Health Impact Assessment; collaborate with jurisdictions, develop priority areas);
- integrate disparities reduction into health programs and services;
- engage with other sectors in health disparities reduction;
- strengthen knowledge development and exchange activities (develop indicators to measure the impact of health disparities; continue to support research; improve health information systems; share evidence on health disparities).[13]

In 2005, the F/P/T Ministers of Health approved the Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy following three years of consultations and input from a wide range of people and organizations across all sectors. This Strategy presents a framework for sustained action based on a population health approach; its goals are to improve the health of the population overall and to reduce health disparities. The Strategy is intersectoral and involves federal, provincial and territorial government representatives, regional networks, the private sector, non-government stakeholders and national Aboriginal organizations. Consensus was achieved that initially the Strategy would address physical activity, healthy eating and their relationship to healthy weights, with a special focus on children and youth, Aboriginal peoples and other vulnerable groups. A target was set to obtain a 20% increase in the proportion of Canadians who are physically active, eat healthy food and maintain healthy body weights over a ten-year period.[14] The Strategy has the potential to make a significant contribution to addressing health disparities.

---

(12) Health Canada, Canadian Institutes of Health Research, Canadian Population Health Initiative, Statistics Canada, provinces, universities, Canadian Council for Social Development and Caledon Institute of Social Policy.

(13) Health Disparities Task Group, *Reducing Health Disparities – Roles of the Health Sector: Discussion Paper*, and *Recommended Policy Direction and Activities*, December 2004. http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/ddp_e.html and http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/dr_policy_e.html

(14) Secretariat for the Intersectoral Healthy Living Network, FPT Healthy Living Task Group and FPT Advisory Committee on Population Health and Health Security, *The Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy*, 2005. http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/index.html

1.3 MONITORING AND EVALUATION

Over the years, the federal government has played a key role in the on-going development of a sound population health information infrastructure. It has also provided significant investment in research on population heath and health disparities.

Statistics Canada, for example, maintains solid population health databases obtained from excellent population health surveys. In 1994, it initiated the National Population Health Survey to improve the information available to support the development and evaluation of health policies and programs in Canada.[15] In the same year, it undertook the National Longitudinal Study of Children and Youth, a long-term study to monitor the development and well-being of Canada's children from infancy to adulthood. Data collection occurs at two-year intervals from a representative sample of Canadians.[16] And in 2000, the Canadian Community Health Survey was initiated to provide regular and timely cross-sectional estimates of health determinants, health status and the utilization of health services for 136 health regions across the country.[17]

In 1998, the Population Health Fund was created following Health Canada's adoption of the population health approach to further its continuing mandate to maintain and improve the health of Canadians. The goal of the Fund is to increase community capacity for action on or across the determinants of health.[18]

In 1999, the federal government launched the Canadian Population Health Initiative (CPHI) within the Canadian Institute for Health Information. CPHI focuses specifically on population health. Its mission is twofold: 1) to foster a better understanding of factors that affect the health of

---

[15] Statistics Canada, *Information About the National Population Health Survey*, http://www.statcan.ca/english/freepub/82F0068XIE/82F0068XIE1997001.htm

[16] Statistics Canada, *National Longitudinal Study of Children and Youth – Overview*, http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=E&SP_Action=Theme&SP_ID=20000

[17] Statistics Canada, *Canadian Community Health Survey*, http://www.statcan.ca/english/concepts/health/cchsinfo.htm

[18] Public Health Agency of Canada, *Population Health Fund*, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/funding/index.html

individuals and communities and 2) to contribute to the development of policies that reduce health disparities and improve the health and well-being of Canadians.[19]

In 2000, the federal government established the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). Part of CIHR's mandate is to harness research to improve the health status of vulnerable populations and, as a consequence, most of its 13 virtual research institutes fund population health research. In 2005, CIHR established the Reducing Health Disparities Initiative – a multi-institute strategic research initiative to address the reduction of health disparities and the promotion of equity for vulnerable populations.[20]

In 2001, in collaboration with its provincial/territorial counterparts the federal government created Canada Health Infoway with the goal of accelerating the creation and use of electronic health information systems and electronic health records (EHRs) across the country.[21] There is a huge opportunity to use data generated by emerging EHRs for population health purposes if they are designed appropriately.

In 2004, the federal government created the Public Health Agency of Canada and appointed Canada's first Chief Public Health Officer (equivalent to Deputy Minister of Health). One responsibility of the Chief Public Health Officer is to report annually to Parliament on the state of public health in Canada.[22] The first report, to be tabled in May 2008, will focus on health disparities.

Along with the creation of the Public Health Agency of Canada, the federal government established six national collaborating centres to promote the use of evidence to support better decision-making in public health. Four of these centres focus on population health and health disparities.[23] The National Collaborating Centre for Determinants of Health (Atlantic Canada) studies how the

---

(19) Canadian Institute for Health Information, *About the Canadian Population Health Initiative*, http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=cphi_about_e

(20) Canadian Institutes of Health Research, *Health Disparities Reduction Initiative*, http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/25703.html

(21) http://www.infoway-inforoute.ca/en/Home/home.aspx

(22) Public Health Agency of Canada, *About The Agency*, 2008. http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/index-eng.php

(23) Public Health Agency of Canada, *National Collaborating Centres for Public Health*, Information, May 2004. http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/2004_01bk2_e.html

various determinants of health inform health policy and practice.[24] The National Collaborating Centre for Healthy Public Policy (Québec) examines the impact of public policy, both health-related and in other areas such as transportation and urbanization, on Canadians' health and well-being.[25] The National Collaborating Centre for Environmental Health (British Columbia) explores environmental factors that can affect human health and identifies evidence-based interventions to reduce risks from environmental hazards.[26] The National Collaborating Centre for Aboriginal Health (British Columbia) focuses on means and strategies to improve the health status of Aboriginal Canadians.[27]

In 2004, another important step to advance the population health agenda was reached when Canada's First Ministers agreed to commit to the development of "goals and targets for improving the health status of Canadians through a collaborative process". A set of health goals was agreed upon by the F/P/T Ministers of Health in 2005. These were divided into four areas: basic needs in the social and physical environment; belonging and engaging; healthy living; and, a system for health (see Table 1.2).[28]

(24) http://www.stfx.ca/research/ncc/about-us.htm

(25) http://healthypublicpolicy.ca/513/The+Centre.htm

(26) http://www.ncceh.ca/en

(27) http://www.unbc.ca/nccah/

(28) *Health Goals for Canada – A Federal, Provincial and Territorial Commitment to Canadians*, October 2005. http://www.phac-aspc.gc.ca/hgc-osc/home.html

TABLE 1.2

HEALTH GOALS FOR CANADA	
Basic Needs (Social and Physical Environments)	• Our children reach their full potential, growing up happy, healthy, confident and secure. • The air we breathe, the water we drink, the food we eat, and the places we live, work and play are safe and healthy – now and for generations to come
Belonging and Engagement	• Each and every person has dignity, a sense of belonging, and contributes to supportive families, friendships and diverse communities. • We keep learning throughout our lives through formal and informal education, relationships with others, and the land. • We participate in and influence the decisions that affect our personal and collective health and well-being. • We work to make the world a healthy place for all people, through leadership, collaboration and knowledge.
Healthy Living	• Every person receives the support and information they need to make healthy choices.
A System for Health	• We work to prevent and are prepared to respond to threats to our health and safety through coordinated efforts across the country and around the world. • A strong system for health and social well-being responds to disparities in health status and offers timely, appropriate care.

Source: *Health Goals for Canada – A Federal, Provincial and Territorial Commitment to Canadians*, October 2005. http://www.phac-aspc.gc.ca/hgc-osc/home.html

The Health Goals for Canada are broad directional statements that provide a tool to guide further action on the determinants of health and help to strengthen the management of horizontal or intersectoral issues. It is up to each government, however, to put them into effect in meaningful and relevant ways. To date, these goals have not evolved into a pan-Canadian strategy nor have they resulted in any measurable actions.

1.4 ABORIGINAL HEALTH

The federal government has a key role in addressing health and socio-economic disparities affecting Aboriginal peoples. Currently, over 30 federal departments and agencies deliver some 360 programs and services to Aboriginal peoples. More than half (190) of these programs/services are available to all Aboriginals, while the rest are available to particular groups. In 2004-2005, $8.2 billion were allocated to these programs/services under seven broad strategic

objectives: health ($1.8 billion); lifelong learning ($1.9 billion); safe and sustainable communities ($2.5 billion); housing ($0.5 billion); economic opportunity ($0.2 billion); land and resources ($0.2 billion); and governance and relationships ($1.1 billion). Indian and Northern Affairs Canada was responsible for 61.5% and Health Canada for 21.0% of the total.[29]

In addition, the federal government funds pan-Canadian programs, including transfer payments to the provinces/territories, that benefit all Canadians, including Aboriginal peoples. The provinces and territories also have their own suite of programs and services to improve the quality of life for Aboriginal people living off-reserve and in the North.

Yet major disparities remain both between Aboriginal peoples and other Canadians and between Aboriginals living on reserve and those living off-reserve, primarily in cities.

The continued pressing health challenges faced by Aboriginal peoples led to a process of policy negotiations between First Ministers and national Aboriginal organizations in 2004 and 2005. This process, unique in Canadian history, resulted in the Kelowna Accord, an ambitious ten-year plan to "close the gap" between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians in education, housing and infrastructure, health and economic opportunities – all key determinants of health. The federal government pledged $5.1 billion over five years to improve the socio-economic conditions of Aboriginal peoples, with the goal of bringing their standard of living up to that of other Canadians by 2016.[30] It is unclear whether the Kelowna Accord will be implemented and, if so, how.

---

[29] Treasury Board of Canada Secretariat, *Aboriginal Affairs: Spending and Programs*, 2004-2005. http://www.tbs-sct.gc.ca/aaps-aapd/intro.aspx?Language=EN

[30] *First Ministers and National Aboriginal Leaders Strengthening Relationships and Closing the Gap*, Kelowna, British Columbia, November 24-25, 2005. http://www.scics.gc.ca/confer05_e.html

CHAPTER 2: ALBERTA[31]

2.1 MAIN FINDINGS

- In the early 1990s, the government of Alberta established an advisory committee with the mandate of developing health goals. In the early 2000s, it enunciated new health goals and targets within a clearly-articulated population health framework. It failed, however, to translate that framework into a set of concrete actions to address the broad determinants of health.

- Currently, Alberta's message on population health lays primary responsibility on each member to maintain his/her personal health and wellness. Provincial non-governmental networks carry the major responsibility of bolstering awareness of and promoting action in population health.

- While little reference is made to population health in the documents from Alberta Health and Wellness, three of Alberta's nine regional health authorities have opted to incorporate the determinants of health in their annual health reports.

- A report in 2004 by the International Board of Review for the Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR) advised Foundation to increase its emphasis on funding population health research to an extent comparable to that it places on biomedical research. The Foundation was also urged to encourage the province to provide increased access by researchers to provincial health data.

2.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

In 1987, the Premier's Commission on Future Health Care for Albertans was established with the mandate of examining the challenges to health care. From the outset, however, the Commission determined that health, as broadly defined by the World Health Organization, would be its over-riding focus. Its report in 1989 stressed that a more coordinated approach was needed, on a much broader scale and with specific goals and targets. In addition to a series of recommendations to reform health care, the Commission made three recommendations pertaining to population health: 1) that an Advocate for a Healthy Alberta be appointed to set broad priorities, monitor health status and report its findings on a regular basis to the Legislative Assembly; 2) that health impact assessment (HIA) be

[31] The information contained in this chapter is based on a paper commissioned by the Subcommittee and prepared by Laura Corbett and entitled *Population Health Policy in Alberta*.

required of new legislation, regulations and procedures; and 3) that additional funding be invested in population health research.[32]

In its response, the government announced its intention to develop health goals and objectives, additional funding for health promotion and disease/injury prevention, increased investment in population health research, and that consideration would be given to the feasibility of implementing HIA.[33]. It did not, however, support the creation of an Advocate for a Healthy Alberta; this was considered a responsibility of the Minister of Health.

After establishment of the Advisory Committee on Health Goals in 1991, *Health Goals for Alberta* was published in 1993, setting out nine goals supportive of a population health approach:

1. To increase the number of years of good health by reducing illnesses, injuries, and premature deaths and improving well-being;
2. To make decisions based on good information and research;
3. To include a health perspective in public policy;
4. To have appropriate, accessible and affordable health services;
5. To live in strong, supportive and healthy families and communities;
6. To live in a healthy physical environment;
7. To recognize and maximize individual potential in spite of biological differences;
8. To choose healthy behaviours;
9. To develop and maintain skills for facing the challenges of life in a healthy way.[34]

A few years later, another review by the Premier's Advisory Council on Health for Alberta resulted in *A Framework for Reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health* in 2001.[35] The predominate message, indeed what the Council considered the best long-term answer to health care reform, was to encourage Albertans to stay healthy and well. Support incentives needed to encourage Albertans to stay healthy were set out, including rewards and penalties for their use of health care.

---

[32] Premier's Commission on Future Health Care for Albertans, *The Rainbow Report: Our Vision for Health*, Final Report, December 1989.

[33] Government of Alberta, *Partners in Health, Government's Response to the Premier's Commission on Future Health Care for Albertans*, November 1991.

[34] Alberta Health, *Health Goals for Alberta : Progress Report*, December 1993.

[35] Available http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/PACH_report_final.pdf.

In its response, *Framework for a Healthy Alberta*, the government recognized that a variety of factors affect health, only some of which are under the control of the individual. The Framework, which involved 11 government departments and agencies, confined its approach to population health to two main goals – reducing chronic diseases and improving healthy behaviours. While it enunciated clear objectives and targets, the government's actions remained for the most part centered on health promotion and disease prevention.[36] Concrete action to address the wider determinants of health failed to materialize.

In 2006, as part of the 'third-way' process to reform health care, the government released *Health Policy Framework*[37] which continued to emphasize autonomy and personal responsibility for health.

Rather than the provincial government, it is key personnel in local government and non-governmental organizations (NGOs) who have expressed greater concern about the effects of the social and economic environment on population health. For example, the Alberta Healthy Living Network (AHLN), formed in 2002, is an informal network of 100 multi-sector local, regional and provincial organizations together with government departments that span health, education, researchers, social services, agriculture, transportation, Aboriginal and multicultural concerns. Its mission is to lead the collaborative efforts needed to promote health and prevent chronic disease in Alberta. The AHLN identified health disparity as one of seven priority strategies in 2004 and formed the Health Disparities Working Group.[38]

Another non-government organization, the Alberta Social and Health Equities Network (ASHEN) was created in 2005 as a coalition of agencies, advocates, policy makers, researchers and community members living with poverty and/or concerned about health disparities across Alberta.[39] The same year, Families First Edmonton (FFE) was launched[40]; FFE is a collaborative partnership including several provincial government organizations, local government organizations and NGOs

---

(36) Available http://www.health.gov.ab.ca/key/Framework.pdf.

(37) Available http://www.health.gov.ab.ca/healthrenewal/GettingBetterHealthcare.pdf

(38) A. Dedrick, *Social Determinants of Health – Environmental Scan*, 2005. Available http://www.foodsecurityalberta.ca/content.asp?contentid=108&catid=34&rootid=.

(39) ASHEN Charter – See http://www.foodsecurityalberta.ca/content.asp?contentid=108&catid=34&rootid=.

(40) See http://www.familiesfirstedmonton.ualberta.ca/index.html

which strive collectively to improve the access of families with low-income to services in the Edmonton area. Ultimately, the goal is to determine whether delivering health, family support and recreation services in a coordinated way can improve the health of low-income families.

Municipally, Edmonton appears to be making a mark in population health. The Edmonton Social Planning Council's publication of *Creating Social and Health Equity: Adopting an Alberta Social Determinants of Health Framework* (2005)[41] clearly indicated its recognition that the most pronounced influences on health originate outside the health care system and that a shift was necessary from an 'illness-based' to a 'wellness-based' health system that addresses the determinants of health and thwarts illness and chronic disease. More recently, the Council released *Tracking the Trends: Social Health in Edmonton* which documented the social and economic trends that influence the quality of life and well-being of Edmonton's residents.

2.3 MONITORING AND EVALUATION

Among the health-related information and publications by Alberta Health & Wellness are annual surveys on the province's population health and the health care system. The surveys measure a range of data on issues related to the health status of Albertans, their use of health services and demographic data, including household income. The analyses made available to the public fail, however, to provide data on the relationship of health status to income or, indeed, to social context.[42] Reports also cover an array of lifestyle and behavioural determinants of health – ranging from nutrition, physical activity and injury to immunization – though with scant reference to how lifestyles and behaviours often reflect individual life circumstances.

With information drawn from various Canadian databases, three of Alberta's nine Regional Health Authorities (Chinook Regional Health Authority, Calgary Health Region and David Thompson Regional Health Authority) opted to address the determinants of health in their annual health reports. Particularly notable is the Chinook Regional Health Authority's *Determinant's of Health Survey* (2003) which has gone so far as to analyze statistically the effect of some local

(41) Available http://www.edmspc.com/Uploads/sdoh%20discussion%20paper.pdf.

(42) Available http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/Survey2004.pdf

determinants on population health.[43]

The Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR) is the leading funding agency for health research in the province. Every six years an International Board of Review does an assessment and submits a report to AHFMR and the provincial government. In its most recent report, the International Board advised AHFMR to put greater emphasis on the funding of population health research, making it comparable to that of biomedical research and to apply the fruits of the complete research spectrum to benefit the health of Albertans.[44]

[43] See http://www.chr.ab.ca/bins/doc.asp?rdc_id=5455 .

[44] See http://www.ahfmr.ab.ca/publications/reports/IBR2004/pdf/IBR_report_final.pdf

CHAPTER 3: BRITISH COLUMBIA[45]

3.1 MAIN FINDINGS

- Population health policy in British Columbia has been guided by targets, particularly the 1997 provincial health goals, which are interpreted and implemented by regional health authorities. Only one of these regional health authorities, however, the Interior Health Authority, appears to be taking an explicit population health approach.

- At the provincial level, ActNow BC – a whole-of-government health promotion initiative – has established collaborative, intersectoral partnerships to confront common illness risk factors and reduce chronic disease by promoting healthy schools, workplaces and communities.

- Despite capacity constraints and data limitations, increasing emphasis is being placed on the need for evidence to inform policy and program decisions; this change is evident in the recent introduction of British Columbia's Health and Wellness Surveys that monitor lifestyle targets and public health issues to support program planning and evaluation, and the work of the Data and Evidence Expert Group to determine the state of knowledge on population health.

3.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

Population health policy in British Columbia has been imbedded in the provincial health goals and expressed in the regional devolution of health service delivery. In 1991, the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs advised the government to establish specific provincial health goals; it also recommended a method to gauge and document progress.(46) To ensure that the goals would have public resonance, the Provincial Health Officer, who was charged with their development, consulted with provincial government departments, community organizations and the public through processes characterized as comprehensive and resource-intensive.(47)

The goals, which were approved in 1997, established a vision for a healthy population and a framework for action. Taking a fundamental population health approach, the goals went beyond the provision of health services to address a number of the other determinants of health:

---

45 The information presented in this chapter is based on a paper commissioned by the Subcommittee on Population Health and prepared by Laura Corbett entitled, *Population Health Policy in British Columbia*, 2007.

(46) British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, *Policy and Practice: A Report on the Use of British Columbia's Health Goals by B.C. Government Ministries*, BC Provincial Health Officer, January 2001. http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2001/ppfinal.pdf

(47) Williamson, D. L., Milligan, C. D., Kwan, B., Frankish, C. J. Ratner, P. A., "Implementation of Provincial/Territorial Health Goals in Canada", *Health Policy*, 63, 2001, 173-191.

1. Living and Working Conditions: Positive and supportive working conditions in all British Columbia's communities.
2. Individual Capacities, Skills and Choices: Opportunities for all individuals to develop and maintain the capacities and skills needed to thrive, to meet life's challenges and to make choices that enhance health.
3. Physical Environment: A diverse and sustainable physical environment with clean, healthy and safe air, water and land.
4. Health Services: An effective and efficient health service system that provides equitable access to appropriate services.
5. Aboriginal Health: Improved health for Aboriginal peoples.
6. Disease and Injury Prevention: Reduction of preventable illness, injuries, disabilities and premature deaths.[48]

These goals were complemented with 44 specific objectives and 150 examples of indicators to measuring progress toward their achievement. A workbook to assist health regions and community organizations in their efforts to develop locally relevant targets and strategies that reflected the provincial vision and goals was also prepared.[49] In terms of accountability, the Provincial Health Officer assumed the lead in promoting and documenting efforts to achieve the goals.

The provincial health goals were not intended to be used only by regional health authorities, the Provincial Health Officer and/or the Ministry of Health. They were conceived as belonging and applicable to all levels of government and to the corporate, business, and non-profit sectors, and to the community at large. Following a review in 2000, however, the Provincial Health Officer found that despite better understanding of health and its determinants by most ministries, the goals had neither been fully adopted nor applied as an explicit template for planning across government.[50]

Over the same period when the health goals were being developed and introduced, the provincial health care system underwent significant restructuring through the partial devolution of responsibility for health delivery to Regional Health Authorities. It was expected that RHAs would be better able than the provincial or federal governments to generate subsidiary goals, indicators,

---

[48] British Columbia Ministry of Health, *Framework for Health Goals and a Healthy Population in BC*, 1997. http://www.health.gov.bc.ca/pho/hlthgoals.html

[49] Williamson, D. L. et. al (2003), *op. cit.*

[50] British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors (2001), *op. cit.*

strategies and programs more attuned to local characteristics and resources.[51] An audit performed two years after the launch of the provincial health goals, however, found that their implementation was still substantially attenuated at the regional level.[52]

Currently, there are five RHAs in British Columbia Among them, the Interior Health Authority has taken a lead in addressing the determinants of health. Its report *Beyond Health Services and Lifestyle: A Social Determinants Approach to Health*[53] seeks to prompt discussion of population health by enabling stakeholders to understand better how socio-economic conditions influence health as well as genetics, lifestyles and the provision of health services. The hope is that heightened awareness, reinforced by the political will, will serve as a catalyst for the collaborative, intersectoral work needed to reduce health disparities. The Interior Health Authority acknowledges that effectively tackling these disparities requires both social and economic policy responses that are beyond its responsibilities. The challenge for the health authority is to move beyond illness care services and the promotion of healthy lifestyles into collaborative work with other stakeholders on the broader, social determinants of health. In other words, the health authority has accepted the particular responsibility and opportunity to act as a catalyst for change.

One of the leading examples of intersectoral action at the provincial level is ActNow BC, a whole-of-government health promotion initiative introduced in 2006, based in the Ministry of Health. ActNow BC seeks to improve the health of British Columbians through steps to reduce chronic disease and confront common illness risk factors including physical inactivity, poor nutrition, obesity, tobacco use, and unhealthy choices made during pregnancy. ActNow BC's targets for 2010 are to:

- Increase by 20 percent the percentage of the B.C. population that is physically active;
- Increase by 20 percent the percentage of B.C. adults who eat at least five servings of fruits and vegetables daily;
- Reduce by 20 per cent the percentage of B.C. adults who are overweight or obese;
- Reduce tobacco use by 10 percent; and

---

(51) Williamson, D. L., Milligan et. al. (2003), *op. cit*.

(52) Kendall, P., *Report on the Use of Provincial Health Goals in Regional Health Service Plans*, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1999.

(53) Dovell, R. (2006). *Beyond Health Services and Lifestyle: A Social Determinants Approach to Health*. Kelowna: Interior Health, http://www.interiorhealth.ca/NR/rdonlyres/BD005CE4-E0DF-441A-8DD2-4AC315A359B2/0/PopHealthSDOHReportOctober2006.pdf

- Increase by 50 percent the number of women who receive counseling about the dangers of alcohol and tobacco use during pregnancy.[54]

ActNow BC involves all 19 provincial departments and is led by the Minister of State for ActNow BC. Each department is required to view its mandate, goals, programs, activities, and outcomes through a health promotion lens and match them with ActNow BC-related goals. The Minister of State is responsible for social marketing and raising awareness, providing advice and support to ministries, monitoring and evaluation, and reporting to Cabinet on progress. Support is provided by the ActNow BC Assistant Deputy Minister's Committee which brings together representatives from each provincial ministry to monthly meetings, the agendas of which include information sharing and development of strategy. These meetings assist Assistant Deputy Ministers to see their ministry's mandate and business through a health promotion lens, a perspective that strengthens "buy-in" within their ministries and among their executives.[55]

Moreover, ActNow BC is intersectoral; its partnerships reach beyond the provincial government. More than 70 partners from the federal and municipal governments, non-government sector, communities, schools and the private sector are involved, ensuring that responsibility for improving the health of British Columbians extends to all sectors of society.

3.3 MONITORING AND EVALUATION

A number of initiatives are underway in British Columbia to improve the evidence and information base available to policy makers taking a population health approach. For example, the B.C. Health and Wellness Survey (BC-HWS) was initiated in 2006 to provide better information on the health-related lifestyle patterns of British Columbians. The data from the BC-HWS is intended to: allow local communities to monitor the ActNow BC lifestyle targets and initiatives to reach those targets; assess key public health issues, and; inform the development of public policy to improve the health of British Columbians. The survey is modeled after Ontario's Rapid Risk Factor Surveillance System, a randomized telephone survey conducted continuously through the year to monitor health

---

(54) British Columbia Ministry of Health, *Backgrounder: About ActNow BC*, 23 March 2006. http://www2.news.gov.bc.ca/news_releases_2005-2009/2006HEALTH0017-000253-Attachment1.htm

(55) Gordon Hogg, Minister of State for ActNow BC, *Submission to the Senate Subcommittee on Population Health*, 12 December, 2007.

behaviour risk factors and the general health of the population. BC-HWS was developed in response to an expressed need by medical health officers, epidemiologists, health planners and health administrators for health data at a more local level than had previously been available in BC.[56]

In order to apply data at a local level, the Population Health Surveillance Unit of the Vancouver Island Health Authority devised a health geographical information system (HGIS) that serves both as a platform for information integration and as an analytical tool; it supports detailed data analysis from a population health perspective.[57] With the assistance of the HGIS and the use of a wide range of data sources, a population health lens can be applied to health services and program planning. Information gleaned from the HGIS supports decisions by the Vancouver Island Health Authority related to the location of services, the composition and numbers of case management teams and the spectrum of services required.

A study identified notable capacity shortcomings of British Columbia's research capacity to translate evidence on health protection, health prevention, and action on the determinants of health into policies and programs; it did find at least one individual in all five regional health authorities with some relevant capacity for research.[58] Over the last two years, the BC Population Health Network has brought together leaders in population health from all the health authorities to network, share best practices and build capacity.[59]

Finally, the Provincial Health Services Authority and the Knowledge Management and Technology Branch within the Ministry of Health have convened a Data and Evidence Expert Group to determine what is known in relation to population health, what is unknown and where the evidence remains lacking. Their findings will form the basis of the Ministry's research agenda.[60]

---

(56) British Columbia Provincial Health Services Authority, *British Columbia Health and Wellness Survey Descriptive Report,* January 2007.

(57) Barnard, D. K. & Hu, W., "The Population Health Approach: Health GIS as a Bridge from Theory to Practice", *International Journal of Health Geographics,* 4, 23, 2007.

(58) Ron Dovell, *Discussion Paper: Capacity for Upstream Evidence in B.C.*, BC Population & Public Health Evidence Network, December 2006, http://www.phabc.org/modules.php?name=Contentpub&pa=showpage&pid=34

(59) Lex Baas, B.C. Interior Health Authority, Evidence to the Subcommittee, 12 December 2007.

(60) Ron Dovell (2006), *op. cit.*

CHAPTER 4: MANITOBA[61]

4.1 MAIN FINDINGS

- Since the early 1990s, the department of health has supported a population health approach that aims to reduce health disparities. Although population health terminology is present in the policy and planning documents of Manitoba's regional health authorities, their role in addressing the broad determinants of health seems ambiguous.

- Manitoba's Healthy Child program is a noteworthy example of an interdepartmental initiative led by a high-level Cabinet Committee that takes an intersectoral approach to improving the well-being of Manitoba's children and youth.

- In terms of population health efforts outside the health sector, the development of a community economic development policy framework and lens has attempted to institutionalize community development strategies in programs and policies across provincial departments; it has faced challenges in implementation.

- Manitoba benefits from a history of longitudinal administrative data collection, strong collaborative research, and solid knowledge translation activities which together provide a good basis for monitoring, evaluation and the generation of evidence to inform healthy public policies, programs and practices.

4.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

In 1992, Manitoba Health published *Quality Health for Manitobans: The Action Plan,* which set out the goals and philosophy of a strategy that would come to define new health policy, planning and delivery in Manitoba throughout the 1990s. The series of goals for health reform included improving the general health status of all Manitobans and reducing disparities in health status.(62)

Provincial responsibilities for population health were outlined in 1997 in *A Planning Framework to Promote, Preserve and Protect the Health of Manitobans*. These included: 1) determining provincial priorities; 2) developing a provincial health strategy; 3) assessing provincial

---

61 The information presented in this chapter is based on a paper commissioned by the Subcommittee on Population Health and prepared by Laura Corbett entitled, *Population Health Policy in Manitoba*, 2007.

(62) Kay Willson and Jennifer Howard, *Missing Links: The Effects of Health Care Privatization on Women in Manitoba and Saskatchewan*. Winnipeg: Prairie Woman's Health Centre of Excellence, 2000.

health status and health needs; 4) coordinating health strategy across the province; and 5) leading and participating in research initiatives and communicating findings.[63]

The *Regional Health Authority Act* of 1997 set out the responsibilities of regional health authorities (RHAs) for public and population health. Each RHA is charged with assessing regional health status and health needs, determining regional priorities, and managing the organization and delivery of programs and services.[64] In addition, they bear responsibility for monitoring the impact on health of their actions, initiating practice-based research and participating in provincial research.[65]

A recent survey of three of Manitoba's RHAs revealed how difficult it is to apply a population health lens at the regional level. Few respondents defined population health as that which requires action on the determinants of health; almost no mention was made of the need to diminish social and economic disparities in health as crucially important from a population health perspective.[66]

A model of intersectoral action is demonstrated by Manitoba's Healthy Child initiative, which offers a continuum of programs and services for children, youth and families, starting at pregnancy and continuing until adolescence. These include: Parent-Child Centred Approach; Fetal Alcohol Syndrome Strategy; Healthy Baby; Families First; Triple P - Positive Parenting Program; Healthy Schools; and Healthy Adolescent Development Strategy. Started in 2000, Healthy Child Manitoba brings together provincial departments, other levels of government and community groups to develop child-centred public policy that integrates financial and community-based family supports.[67]

Healthy Child Manitoba is guided by the Healthy Child Committee of Cabinet, which meets bi-monthly to ensure interdepartmental cooperation and coordination of programs and services. Chaired by the Minister responsible for Healthy Living and supported by the Healthy Child Deputy Ministers' Committee, the Cabinet Committee had the following membership in 2006-2007: Minister

---

(63) Manitoba Health, *A Planning Framework to Promote, Preserve and Protect the Health of Manitobans,* 1997, http://www.gov.mb.ca/health/rha/planning.pdf

(64) Benita Cohen, "Population Health as a Framework for Public Health Practice: a Canadian Perspective," in *American Journal of Public Health,* Vol.96, No.9, 2006, 1574-1576.

(65) Manitoba Health (1997), *op. cit.*

(66) Benita Cohen (2006), *op. cit*.

(67) Healthy Child Manitoba, *About Healthy Child Manitoba*, http://www.gov.mb.ca/healthychild/about/index.html

of Health; Minister of Aboriginal and Northern Affairs; Minister of Justice; Minister of Culture Heritage and Tourism; Minister of Labour and Immigration and Minister responsible for the Status of Women; Minister of Education, Citizenship and Youth; and Minister of Family Services and Housing. As one of a small number of Cabinet committees, the simple existence of the committee identifies healthy child and adolescent development as a top-level priority for government. Currently, the Healthy Child Committee of Manitoba's Cabinet is the only standing Cabinet committee in Canada that is dedicated to children and youth.[68]

Another example of intersectoral action can be found in the government's adoption in 2000 of a community economic development (CED) Policy Framework and Lens for policy and program development.[69] The province sees CED as a community-driven process combining social, economic and environmental goals to build healthy and economically viable communities.[70] The framework provides a guide for departments to support community economic initiatives that are comprehensive and multifaceted, often addressing multiple determinants of health. The lens serves as a tool for government personnel to review policies and programs.

To facilitate interdepartmental relationships, the government created a central agency – the Community and Economic Development Committee (CEDC) of Cabinet Secretariat – to advance CED policy. The Secretariat coordinates major development and economic projects that require interdepartmental collaboration through the Cabinet Committee. It also leads the CED Working Group, an interdepartmental team that meets regularly to raise awareness of CED across government and encourage the use of the CED Policy Framework and Lens.

The creation of this high-level Cabinet committee does not seem to have been as successful as has been Healthy Child Manitoba. Because the CEDC was assigned a wide range of responsibilities, CED policy has rarely been a primary concern. Furthermore, the CEDC was only armed with the power of persuasion to influence the activities of line departments and to encourage the

---

(68) Healthy Child Manitoba, *Annual Report 2006-07*, http://www.gov.mb.ca/healthychild/about/annual_report_2006_07.pdf

(69) Racher and Robert Annis, "Health Promotion in Manitoba: Partnering for Action," in Michel O'Neill et al., *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, 2nd edition, Toronto: Canadian Scholars Press, 2007.

(70) Eugene Kostyra, "Made in Manitoba: Community Economic Development Provincial Policy Framework and Lens," in *Horizons*, Vol. 8, No.2, 2006, http://www.recherchepolitique.gc.ca/doclib/v8n2_e.pdf

application of the CED Framework and Lens. Departments have not been held accountable for their contributions to CED and, as a result, its implementation has been variable, department by department.[71]

4.3 MONITORING AND EVALUATION

Manitoba is recognized as a remarkably information-rich given that the Manitoba Population Health Data Repository offers 30 years well-served by its wealth of health information, but also by the availability of this information in a format that allows health information to be linked with individual-level data from other relevant departments such as housing, income assistance and education to support detailed analysis of the determinants of health and of population health status.[72] In fact, a review of research published between 1994 and 2002 using longitudinal administrative data showed that the proportion of publications addressing socio-economic factors in Manitoba (22%) far exceeded that in British Columbia (6%) and Ontario (3%).[73] A corollary advantage of linking data sets across sectors is that it constitutes another means of fostering interdepartmental collaboration.[74]

At the University of Manitoba, the Centre for Health Policy and Evaluation draws on the Population Health Research Data Repository to determine the health of Manitobans not only by analysis of their use of health services but through examination of social and economic factors affecting different geographic and demographic groups. Research from the Centre has shown that residents in areas with higher measures of social deprivation use health services more frequently and tend to have the poorest health.[75] Not only does the lack of access to health care contribute to this gradient but so too do social and economic factors such as unemployment, income and education.

---

(71) Byron Sheldrick and Kevin Warkentin, *The Manitoba Community Economic Development Lens: Local Participation and State Restructuring*, Canadian Centre for Policy Alternatives-Manitoba, April 2007; and Shauna MacKinnon, "The Social Economy in Manitoba: Designing Public Policy for Social Inclusion," in *Horizons*, Vol.8, No.2, 2006, http://www.recherchepolitique.gc.ca/doclib/v8n2_e.pdf

(72) Marni Brownell, *Inequalities in Child Health: Assessing the Roles of Family, Community, Education and Health Care.* CPHI Regional Workshop, 2003.

(73) Leslie Roos, Verena Menec, and R.J. Currie, "Policy analysis in an information-rich environment," in *Social Science & Medicine, 58(11),* 2231-2241, 2004.

(74) Noraloo Roos, University of Manitoba, *Evidence*, February 13, 2008.

(75) Norman Frohlich, et al. *A Report on the Health Status, Socio-Economic Risk and Health Care Use of the Manitoba Population 1992-93 and Overview of the 1990-91 to 1992-1993 Findings,* Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, 1994.

Predictably, the most deprived segment of the population places the greatest demand on the health care system. In response, Manitoba has attempted to reallocate resources within health care to meet the social needs of the population in greatest difficulty, particularly children in poverty.[76] *The Need to Know Team* at the Manitoba Centre for Health Policy has been supplementing these efforts with knowledge translation initiatives to deliver "accurate and timely information to health care decision makers, analysts and providers, so they can provide services that are effective and efficient in maintaining and improving the health of Manitobans."[77]

An additional strength of Manitoba's population health research work comes from the formal partnership established between Manitoba First Nations and researchers in the Department of Community Health Sciences at the University of Manitoba.[78] This two-decade partnership has produced new and innovative approaches to developing organizations, training initiatives and projects that strengthen First Nations principles of governance. For example, efforts by the Assembly of Manitoba Chiefs and the Northern Health Research Unit generated the Manitoba First Nations Centre for Aboriginal Health Research. The Centre initiates, coordinates and supports research designed to assist First Nations and Aboriginal communities and organizations in their efforts to promote healing, wellness and the improvement of health services in those communities.

---

(76) John Frank, and Fraser Mustard, *The Determinants of Health from a Historical Perspective*, Founders Network, 1998.

(77) Canadian Institutes of Health Research, "Dr. Patricia Martens – The Need to Know Team and Manitoba Centre for Health Policy," http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29970.html

(78) John O'Neil, Brenda Elias, Jennie Wastesicoot, "Building a Health Research Relationship Between First Nations and the University in Manitoba," in *Canadian Journal of Public Health, Vol.96, suppl 1,* S9-S12, 2005.

CHAPTER 5: NEW BRUNSWICK

5.1 MAIN FINDINGS

- In 2001, a Select Committee on Health Care of the New Brunswick Legislative Assembly recommended a whole-of-government approach to population health. Its framework for wellness provided broad strategic direction for government to improve population health.

- The Committee recommended development of an action plan to implement the strategy by a high-level interdepartmental coordinating mechanism, such as a committee of Deputy Ministers.

- In 2006, the New Brunswick government released details of a provincial wellness strategy that does not reflect the whole-of-government approach to population health envisioned by the Select Committee. It refers only to contributions by the health sector through health promotion and disease prevention.

- A Deputy Ministers' Wellness Strategy Committee has been established as part of the New Brunswick Wellness Strategy. Among other things, this Committee is mandated to promote and coordinate government activities related to wellness and to facilitate the on-going development of healthy public policy. This could be an important step toward the development of a broader approach to population health.

5.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

A broad perspective on health and related population health strategies has been advocated and debated continually over the last two decades in New Brunswick. In 1989, a Commission of Selected Health Care Programs acknowledged the limits on the contributions of the health care delivery system to health and the need to examine alternatives approaches to creating healthy populations. It affirmed the responsibility of government to set health goals, objectives and targets in economic and social policy areas. It also noted the need of individuals for help in making healthful choices in their lives through better understanding of the causes of good and bad health just as they need help in making informed choices among treatment and care alternatives. It also stressed that in addition to the health and education ministries, others such as Environment, Income Assistance, Labour, Transportation, Agriculture, Fisheries, Housing and Justice should initiate and be actively involved in a coordinated health promotion and education program targeting low income groups, school children, parents, pre- and post-natal care and baby care, the elderly and disabled persons.[79]

(79) Commission on Selected Health Care Programs, *Report*, Government of New Brunswick, May 1989.

In response, in 1990 the provincial government released *Health 2000* which endorsed the World Health Organization's broad concept of health as defined under its framework of "Achieving Health for All". *Health 2000* also identified five health goals constituting a framework for planning, prioritizing and evaluating programs:

1. To increase the number of years residents of New Brunswick live free of major disease, disability and handicap.
2. To put more emphasis on health promotion and disease prevention.
3. To achieve and maintain healthy, strong and supportive individuals, families and communities.
4. To support the creation of safe environments for all New Brunswickers.
5. To maintain or increase the accessibility, affordability and appropriateness of health and community services for the citizens of New Brunswick.(80)

Health 2000 also encouraged government departments, health care providers, community groups and individuals to transfer the goals into objectives, targets and action strategies. A parallel initiative entitled *Public Health Service: Vision, Mission, Goals and Objectives*, presented in 1993, established goals by health priority area as a means to track and monitor the health status of the population of New Brunswick.(81)

In 1999, a Health Services Review commissioned by the provincial government again recommended the adoption of a wellness model that emphasized health promotion and disease prevention. Perhaps more interestingly, it recommended that government harness all areas of policy in support of good health in a coordinated way through a Deputy Ministers Committee, mandated to monitor on a continuing basis the impact that new and existing policies have on the determinants of health.(82)

In 2000, a Select Committee on Health Care of the Legislative Assembly submitted an initial report on the provincial government's health and wellness-related policies. It included an inventory of government policies, programs and initiatives impacting on the determinants of health; this was developed with input from the Deputy Ministers of all government departments. The policies

(80) Government of New Brunswick, *Toward a Comprehensive Health Strategy – Health 2000: Vision, Principles and Goals*, 1990.

(81) Government of New Brunswick, *Public Health Service: Vision, Mission, Goals and Objectives*, 1993.

(82) Health Services Review Committee, *Report of the Committee*, Government of New Brunswick, February 1999.

and programs of fifteen departments and agencies were identified and classified in relation to their impact on eight health determinants (income and social status, social support networks, education, employment and working conditions, physical environments, personal health and coping skills, healthy child development, health services). Acknowledging that many government programs contribute to population health, the Committee stressed that, to date, there had been no coordinated broad, high-level direction to ensure that all government departments work to enhance population health.[83]

A year later, the Select Committee on Health Care released its second report, *A Wellness Strategy for New Brunswick*, in which it recommended an innovative whole-of-government approach to population health. The proposed strategy focused on healthy lifestyles, children and youth, seniors, communities and the workplace. Key elements to ensure effective implementation of the strategy included: leadership by government, collaboration and partnerships, evidence-based research, monitoring and reporting, citizen participation, and long term commitment. The report recommended that all government departments undertake health impact assessment when developing or reviewing policies and programs and that population health be incorporated into the government's corporate performance measurement system. To achieve intersectoral action, the the Committee recommended establishment of a high-profile focal point/secretariat for population health within government with responsibility to: 1) work with other departments and stakeholders; 2) be a source of expertise on population health; 3) release an annual report on wellness; and 4) facilitate and support a community approach to population health. Finally, it recommended establishment of a high-level interdepartmental coordinating mechanism, such as a Deputy Minister-level committee, to create an action plan to implement the strategy.[84]

In 2002, the Premier's Health Quality Council, established in 2000 with a two-year mandate, released its report on health care renewal. It stated: "The health of the New Brunswick population is not determined by investment in the health system alone. It is socially determined by income, working conditions, environment, early childhood development, education and social support, as well as lifestyle choices and health care services. Sustainable change in the health of New

---

(83) Select Committee on Health Care, *Wellness Strategy Progress Report*, Legislative Assembly of New Brunswick, First Report, Second Session, 54th Legislative Assembly, 15 June 2000, http://www.gnb.ca/legis/business/committees/reports/healthfirstrep-e/healthfirstrep-e.asp.

(84) Select Committee on Health Care, *A Wellness Strategy for New Brunswick*, Legislative Assembly of New Brunswick, Second Report, Third Session, 54th Legislative Assembly, April 2001, http://www.gnb.ca/legis/business/committees/reports-e.asp.

Brunswickers must be an outcome of all these factors." Accordingly, it supported the recommendations of the Select Committee on Health Care, stating that its blueprint for health care renewal should be predicated on the implementation of the comprehensive and thoughtful recommendations of that Committee.(85)

In 2004, the New Brunswick government published *Healthy Futures: Securing New Brunswick's Health Care System – The Provincial Health Plan 2004-2008*. Interestingly, this document also identified "improving population health" as the government's first strategic priority and announced plans to implement a wellness strategy. Although in *Healthy Futures* the government endorsed the general direction called for in the report of the Select Committee on Health Care, it did not, however, commit itself to adopt the whole-of-government approach to population health recommended by the Committee. In fact, *Healthy Futures* referred to the health promotion and disease prevention contributions of the health sector only.(86) Some experts believe, however, that these health promotion and illness prevention activities nonetheless can be regarded as first steps in the development of a broader approach to population health.(87)

Details of the initiatives to constitute the wellness strategy announced in *Healthy Futures* were released in 2006 in a document entitled *New Brunswick Wellness Strategy*. This focuses on increasing physical activity, promoting good nutrition and healthy eating, preventing and reducing tobacco use, and fostering mental health and resiliency, with an emphasis on partnership and collaboration. The Strategy also announced a multi-media social marketing campaign to increase awareness of the benefits of a healthy and active lifestyle and to help encourage people to assume greater responsibility for their own health.(88) The "Get Wellness Soon" marketing campaign was launched in September 2007.(89)

---

(85) Premier's Health Quality Council, *HEALTH Renewal*, Government of New Brunswick, January 2002, http://www.gnb.ca/0089/documents/e-phqc.pdf.

(86) Ministry of Health and Wellness, *Healthy Futures: Securing New Brunswick's Health Care System – The Provincial Health Plan 2004-2008*, Government of New Brunswick, 2004. http://www.gnb.ca/0051/promos/healthplan/index-e.asp.

(87) Monique Allain and Marlien MacKay, "New Brunswick: Government Policy and Action," in *Health Promotion in Canada – Critical Perspectives*, Second Edition, 2007, pp. 189-190.

(88) Government of New Brunswick, *New Brunswick Wellness Strategy – A Provincial Health Plan Initiative*, January 2006, http://www.cahperd.ca/eng/advocacy/cross_canada/documents/wellnessstrategy2006.pdf.

(89) Department of Wellness, Culture and Sport, "New Brunswickers Encouraged to Get Wellness Soon," *News Release*, Government of New Brunswick, 5 September 2007. http://www.gnb.ca/cnb/news/wcs/2007e1104wc.htm.

Notably, the New Brunswick government has been working with other Atlantic governments to develop an Atlantic Wellness Strategy; all Atlantic Premiers are calling for the development of a national wellness strategy through the cooperation of all provinces and territories.[90]

5.3 MONITORING AND EVALUATION

As a component of the New Brunswick Wellness Strategy, the provincial government is investing in a longitudinal surveillance/evaluation and research initiative to monitor and measure progress systematically over time. A Deputy Ministers' Wellness Strategy Committee will monitor implementation of the strategy and report on progress every four years. This Committee is also mandated to promote and coordinate government wellness activities and to facilitate the development of healthy public policy on an ongoing basis.[91] This could be an important step toward the development of a broader approach to population health.

---

[90] Government of Newfoundland and Labrador, "Premiers Discuss Action on Issues of Mutual Concern," *News Release*, 22 November 2002, http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2002/exec/1122n07.htm.

[91] New Brunswick Wellness Strategy (2006), *op. cit.*

CHAPTER 6: NEWFOUNDLAND AND LABRADOR

6.1 MAIN FINDINGS

- Newfoundland and Labrador's *Strategic Social Plan* laid out in 1998 a vision for social development over the long-term by integrating social and economic development and matching social investment with community and regionally-based development strategies. Province-wide consultations by an external advisory committee contributed to the development of the plan. Its implementation was led by the Social Policy Committee of Cabinet and carried out on a partnership basis between community groups, regional boards, individuals and governments.

- Newfoundland and Labrador is the second Canadian province to address poverty reduction with a comprehensive and integrated strategy. Under the direction of a Ministerial Committee, the province's ten-year plan seeks to improve access to services for those with low incomes, strengthen the social safety net, raise employment incomes, strengthen childhood development, and improve the overall education of the population.

- The 2006 *Provincial Wellness Plan for Newfoundland and Labrador* is the single largest health promotion initiative in the provincial history. Its healthy living focus addresses healthy eating, physical activity, tobacco control and injury prevention in the first phase, and mental health, environmental health, child and youth development and health protection in a second phase. Developed through consultations with a Wellness Advisory Council that brings together broad representation from non-government agencies and government departments, the *Plan* is being implemented by the Department of Health and Community Services.

- In relation to monitoring and evaluation, Newfoundland and Labrador began the first provincial social audit in Canada, creating the infrastructure to assess implementation of the *Strategic Social Plan*. A comprehensive, publicly accessible socio-economic data system called *Community Accounts* was developed; operated by the Department of Finance, a detailed study has examined the extent to which changes in government operating processes were successful five years after the launch of the *Strategic Social Plan*.

6.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

Newfoundland and Labrador has undertaken a number of policy initiatives over the last ten years to address various determinants of health in strategic and coordinated ways.

A. Strategic Social Plan

The social and economic turmoil resulting from closure of the cod fishery in the early 1990s highlighted the need for a major shift in existing public policy. Following its release of a strategic economic plan in 1992, the government moved to develop a comprehensive social plan as an

overall framework to guide long-term actions and to identify strategic directions, processes, and outcomes.

In 1998, the government approved its five-year *Strategic Social Plan*[92] as the umbrella policy for a long-term approach to social development in Newfoundland and Labrador. The vision was of healthier and more educated people, living in vibrant self-reliant communities. In the plan's new approach, however, was explicit recognition of the link between social and economic development and the fact that neither can be addressed in isolation from the other. The plan signalled a shift in the focus of social development policies from individuals to community-level approaches to integrate social and economic development at local and regional levels; policies would be focused on the underlying causes of individual problems rather than their treatment and the consideration of people's needs in the context of their communities and the socio-economic environment. Strengthening communities and regions would help them to become more self-sustaining and thereby support individual and community well-being, and provide people with opportunities. As an added benefit, the hope was that, "(r)eorienting social programs and services from remedial approaches to strategies which address the root causes of problems will also result in programming that is more efficient and more cost effective."[93]

Implementation of the Plan was by partnerships involving community groups, regional boards, individuals and governments. It encouraged government departments to work together, across government and in communities, and created six Regional Steering Committees to allow for government and community organizations to identify collectively and address issues related to the social and/or economic development of the region concerned. The Social Policy Committee of Cabinet led implementation of the plan; its mandate was to work toward:

- Integrating social and economic policy and planning;
- Conducting the business of government in ways that support coordination and integration and that emphasize accountability for results;
- Providing for meaningful public input in the design and delivery of public services through regionalized/decentralized structures;
- Strengthening capacity within regions to support community action around social development goals and ensuring coordination of efforts to achieve the Plan's outcomes; and
- Accomplishing the policy and program shift from crisis and reactive approaches to prevention and early intervention.

---

(92) Government of Newfoundland and Labrador, *People, Partners and Prosperity: A Strategic Social Plan for Newfoundland and Labrador*, 1998, http://www.exec.gov.nl.ca/rural/pdf/ssp.pdf.

(93) *Ibid*.

Five years after its launch, progress toward achieving the outcomes identified in the Strategic Social Plan was evaluated by a social audit. The results are discussed in the Monitoring and Evaluation section below.

B. Healthier Together: Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador

Growing out of the broad social policy directions in the *Strategic Social Plan* and perceiving a need for change in the provincial health and community services system, the government held regional health forums as part of province-wide consultations in the fall of 2001. Based on the input received, a framework for reform laid out three goals to improve:

- The health status of the population of Newfoundland and Labrador;
- The capacity of communities to support health and well-being; and
- The quality, accessibility, and sustainability of health and community services.

Healthier Together: A Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador[(94)] identified specific objectives and strategies associated with each goal, including development of a wellness strategy to increase healthy behaviours, strengthening community partnerships focusing on health and well-being, and improving long-term care and mental health services. Specific five-year planning targets were also set for each objective.

C. Building a Healthier Future: A Draft Provincial Health Charter

Following on a commitment made in the Throne Speech in March 2002, the government launched public consultations on a Provincial Health Charter.[(95)] This charter was to have two purposes: to ensure the people of the province know what to expect from the health and community services system; and to identify the responsibilities people have for their own health and well-being.

---

(94) Government of Newfoundland and Labrador, *Healthier Together: A Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador*, Department of Health and Community Services, 2002, http://www.health.gov.nl.ca/health/strategichealthplan/pdf/HealthyTogetherdocument.pdf.

(95) Government of Newfoundland and Labrador, "Public consultations on Provincial Health Charter," *News Release*, 26 February 2003, http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2003/health/0226n04.htm.

The draft Charter proposed a vision of health as a shared responsibility among individuals, families and communities.[96] Among the 14 points which the document suggested residents of the province could expect of the health and community services system, a number addressed other determinants of health, including:

- a clean and safe environment that promotes health and well-being;
- public policies sensitive to possible impacts on the health of the population;
- a partnership approach that empowers individuals, families and communities to take charge of their own health and well-being; and
- population-based approaches to health, such as immunization, that protect people from major health risks.

But further development of the health charter was not continued after the provincial election and change of government in November 2003.

D. Poverty Reduction Strategy

After Québec, Newfoundland and Labrador was the second province in Canada to establish a comprehensive and integrated strategy to address poverty reduction . In its 2005 Speech from the Throne, the government committed to transforming Newfoundland and Labrador over a ten-year period from a province with the most poverty to a province with the least poverty through a comprehensive poverty reduction strategy. Tackling poverty – improving the well-being and quality of life of those living in poverty – is essential to ensuring a healthy, strong and prosperous future for Newfoundland and Labrador.[97]

The government called for partners to come forward to help identify the best way to reduce poverty.[98] Hundreds of people participated in government hearings, and in June 2006, the government released *Reducing Poverty: An Action Plan for Newfoundland and Labrador*[99] This sets

---

[96] Government of Newfoundland and Labrador, *Building a Healthier Future: Development of a Health Charter for Newfoundland and Labrador*, Public Discussion Paper, 26 February 2003, http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/pdfiles/HealthCharter2003.pdf.

[97] Government of Newfoundland and Labrador, *Reducing Poverty: An Action Plan for Newfoundland and Labrador*, Department of Human Resources, Labour and Employment, June 2006. http://www.hrle.gov.nl.ca/hrle/poverty/poverty-reduction-strategy.pdf.

[98] Government of Newfoundland and Labrador, *Reducing Poverty in Newfoundland and Labrador: Working Towards a Solution*, Department of Human Resources, Labour and Employment, June 2005, http://www.gov.nl.ca/publicat/povertydiscussion-final.pdf.

[99] Government of Newfoundland and Labrador, "Reducing Poverty: An Action Plan for Newfoundland and Labrador," *op. cit.*

out a vision where "poverty has been eliminated … where all individuals are valued, can develop to their full potential and have access to the supports they need to participate fully in the social and economic benefits of Newfoundland and Labrador."[100] Based on the key directions identified to prevent, reduce and alleviate poverty, the action plan sets out five medium-term goals for the first four years: 1) improved access and coordination of services for those with low incomes; 2) a stronger social safety net; 3) improved earned incomes; 4) increased emphasis on early childhood development; and 5) a better educated population. Each of these goals is supported by medium-term objectives; progress is to be measured at the end of the four-year period. The initial actions to move towards those goals take a multi-pronged approach, including:

- Raising welfare and disability benefits and indexing them to the cost of living;
- Raising the minimum wage;
- Building more affordable housing;
- Removing penalties on the earnings of welfare recipients;
- Expanding prescription drug coverage for the working poor;
- Targeting appropriate employment supports for youth, people with disabilities and aboriginal communities;
- Enhancing supports to vulnerable groups within the justice system;
- Emphasizing early childhood development;
- Reducing the number of school dropouts; and
- Promoting greater access to post-secondary and adult education.[101]

The action plan recognizes that a high level of government commitment is necessary to tackle poverty. To that end, a Ministerial Committee was established with the following membership: the Minister for Human Resources, Labour and Employment, and the Minister Responsible for the Newfoundland and Labrador Housing Corporation, the Labour Relations Agency, Workplace Health, Safety and Compensation Commission and Labrador Affairs (Lead); the Minister Responsible for Aboriginal Affairs; the Minister of Education and the Minister Responsible for the Status of Women; the Minister of Finance; the Minister of Health and Community Services; the Minister of Innovation, Trade and Rural Development and the Minister Responsible for the Rural Secretariat; and the Minister of Justice.

This Committee is supported by a Deputy Ministers' Committee and an Interdepartmental Working Group. Already established processes, such as regular evaluation and

---

[100] *Ibid.*

[101] Campaign 2000, *Raising the Falling Fortunes of Young Families with Children*, 2007, http://www.fallingfortunes.ca/portal/images/stories/raisingfallingforutunes.pdf.

monitoring of programs and the reporting of outcomes in departmental annual reports, serve as the initial tools to assess the action plan's progress; others will be added as necessary. In addition:

- The Minister of Human Resources, Labour and Employment will give a statement of progress each year to the House of Assembly.
- Every two years a report will be published outlining progress and reporting on indicators, and recommending approaches to address gaps.
- Departmental annual reports and other accountability mechanisms will document the success of departmental initiatives, including efforts at coordination and integration.

E. Provincial Wellness Plan

In 2003, a Provincial Wellness Advisory Council prepared and submitted recommendations to the Minister of Health and Community Services for a Provincial Wellness Strategy. Based on those recommendations and building on existing initiatives and resources, in 2006 the government launched *Achieving Health and Wellness: Provincial Wellness Plan for Newfoundland and Labrador*,[(102)] a framework designed to contribute to improvement of the health and well-being of the people. With a $2.4 million budget, it represents the largest single cash infusion in health promotion in the history of the province.[(103)]

This Plan situates itself within a number of strategies directly related to healthy living and wellness, such as the Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy,[(104)] being played out in the province, in the Atlantic region, and across Canada. The messages in the Plan focus on empowering individuals, groups and communities to take action for their health and wellness by eating well, being physically active, being smoke-free, and managing stress in a positive way. Through this approach, it seeks to "help balance the health agenda and shift the focus from the treatment of illness to the promotion of healthy living and wellness."[(105)] Phase I of the Plan (2006-2008) addresses healthy eating, physical activity, tobacco control and injury prevention. A second phase will consider mental health promotion, environmental health, child and youth development and health protection.

---

(102) Government of Newfoundland and Labrador, *Achieving Health and Wellness: Provincial Wellness Plan for Newfoundland and Labrador*, Phase I, 2006-2008, http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/2006/wellness-document.pdf.

(103) Eleanor Swanson, "Newfoundland and Labrador: Government Policy and Action" in Michel O'Neill, Ann Pederson, Sophie Dupéré and Irving Rootman, *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, 2nd ed., Canadian Scholars Press Inc., Toronto, 2007.

(104) Public Health Agency of Canada, *Healthy Living Strategy*, http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/index.html.

(105) Government of Newfoundland and Labrador, "Achieving Health and Wellness: Provincial Wellness Plan for Newfoundland and Labrador," *op. cit.*

Although the focus of the Plan is on personal behaviours, it acknowledges that there are a number of other initiatives both within and outside the health sector that impact wellness.[106] One of the tools used to incorporate the influences of these other determinants is the *Circle of Health: Health Promotion Framework*.[107] The Circle of Health brings together the main elements required to ensure a comprehensive approach to addressing wellness, incorporating population health, determinants of health and the five health promotion strategies identified in the Ottawa Charter of Health Promotion. The Circle of Health has been selected as a tool to guide the planning, delivery and evaluation of programs, actions and initiatives to address the wellness priorities of Newfoundland and Labrador.

6.3 MONITORING AND EVALUATION

While each of the initiatives mentioned above has its own monitoring and reporting mechanisms, the tools and processes created for the evaluation of the *Strategic Social Plan* are of particular interest because of the multi-pronged approach taken to gather appropriate data and that evaluating change on a number of levels. More precisely, with announcement of the Plan in 1998, the government committed itself to carry out a four-phase social audit to measure social progress in the province five years later; Newfoundland and Labrador is the only province in Canada to undertake a social audit.[108]

- Phase one of the audit was Community Accounts, which provides an on-line social and economic profile of communities and provincial jurisdictions, including employment levels and the health and education of residents (see below).
- Phase two was the compilation of *From the Ground Up*,[109] a report presenting benchmark data across a range of social and economic indicators to serve as a comparative reference point both across jurisdictions and over time.
- *Learning Study: Has Government Started Doing Business as Envisioned by the Strategic Social Plan?*[110] was a report analyzing changes in the way government conducts its business while implementing the *Strategic Social Plan*.
- The final phase of the Social Audit was intended to assess whether resources were being allocated with the long-term social development of the province in mind. But following assumption of

(106) *Ibid*.

(107) *Ibid*.

(108) Government of Newfoundland and Labrador, "Report Acknowledges Shift in Government Thinking," *News Release*, 13 February 2004, http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2004/exec/0213n03.htm.

(109) Government of Newfoundland and Labrador, *From the Ground Up*, 2 April 2003, http://www.exec.gov.nl.ca/rural//TOCftgu.asp.

(110) Jane Helleur & Associates Inc., *Learning Study: Has Government Started Doing Business as Envisioned by the Strategic Social Plan?*, 15 December 2003, http://www.exec.gov.nl.ca/rural/pdf/learningstudy-dec2003.pdf.

responsibility for the *Strategic Social Plan* Office by the Rural Secretariat established in February 2004, it is unclear if this final phase was ever completed.

The Community Accounts and Learning Study phases of the social audit are presented below in greater detail.

A. Community Accounts

Community Accounts is an innovative information system that provides in a single on-line source community, regional, and provincial data from a variety of sources. It is the first Internet-based data retrieval and exchange system in Canada that provides unrestricted, free access to view and analyze data down to the community level.

Because the *Strategic Social Plan* addressed issues cutting across sectors, it required an information and evaluation system that embraces an integrated, evidence-based approach to policy and program development through collaboration within and across government departments and between the economic and social sectors. Key social, economic, and health data and indicators needed to understand community health and well-being are often not readily available, too costly to obtain, or too time consuming to retrieve manually or otherwise and compile for policy makers and local citizens. Community Accounts provides a single, accessible and comprehensive resource of that information.

The system allows users to generate custom tables and illustrative graphics on key social and economic indicators organized by geography and data topic within ten distinct accounts: Household Spending, Income, Social, Health, Labour Market, Production, Demographics, Education, Resource/Wealth and Environment. An additional account, termed Well-Being, allows users to compile indicators from each of the above domains to develop a better understanding of the factors that determine the status and progress of their communities and regions.[(111)] Information can be retrieved relating to 400 communities, 80 census consolidated subdivisions (local areas), 20 economic development zones, and the province as a whole. It can also be retrieved at the level of Rural Secretariat Regions, Health Authorities, School Districts, and Human Resources and Social Development Canada regions.

Based on a model designed by Dr. Doug May of Memorial University in collaboration with the Newfoundland and Labrador Statistics Agency, Community Accounts is sustained by the

(111) Community Accounts, *About Us*, http://www.communityaccounts.ca/communityaccounts/onlinedata/about_us.asp.

Economics and Statistics Branch of the Department of Finance in collaboration with other government departments and with private organizations and individuals.

B. Learning Study

It was understood that implementing the goals of the *Strategic Social Plan* required fundamental changes in the way government operated, creating expectations for partnerships with community agencies and decentralizing both the provision of services and choices around delivery. Five years after the launch of the *Strategic Social Plan*, the Learning Study found that:

- Progress in changing operational processes was evolving more slowly than envisioned, especially for government departments, but less so for Regional Strategic Social Plan Steering Committees.
- Allocated resources were insufficient to meet the complex needs of communities and regions. This suggested the necessity of an increased focus on the coordination of investments among government departments, and between the provincial, federal and municipal governments.
- Government departments must work more collaboratively to facilitate the making of joint investments based on integrated business planning, both at the provincial and regional levels.
- The province had been highly adept at leveraging federal initiatives with targeted funds for the development of programs and services consistent with the *Strategic Social Plan* goals. In fact, many of successes identified through the Learning Study were the result of federal funding. Other opportunities to strengthen further the focus on interdepartmental initiatives should be sought.
- Stronger accountability is required to ensure government departments are conducting business consistent with the *Strategic Social Plan*'s vision, values and goals. Clear expectations for departments must be continually communicated and actively monitored. In addition, recognition systems must be introduced that provide an incentive for achievements and the adoption of best practices.
- While the Regional Steering Committees had undertaken projects to achieve "early wins", more significant efforts are required to address, consistent with regional priorities, systemic social and economic development issues by using solid evidence as a basis for planning. Government departments have to ensure that they are actively connected with, and supportive of this work.
- Community-based agencies, key partners envisioned by the *Strategic Social Plan*, highly endorsed its vision, values and goals. However, they desired much more inclusion during implementation and required greater funding to deliver community-based programs that are responsive to the community individual client needs.

CHAPTER 7: NOVA SCOTIA

7.1 MAIN FINDINGS

- No comprehensive population health strategy has been implemented in Nova Scotia, but steps are being taken through a strengthened public health function, intersectoral collaboration and development of a broad-based data collection system.

- Government structures responsible for public and population health have evolved steadily since 2002, most recently with creation of the Department of Health Promotion and Protection (DHPP) in 2006.

- A collaborative intersectoral approach to policy development and program planning is DHPP's "way to work" on issues that require cooperation among individuals, organizations, sectors and government departments.

- An external review in 2006 suggested the need to expand provincial public health legislation to address broader public health functions such as population health assessment, health surveillance, health promotion, and the prevention of disease and injury.

- The impact of a population health approach was evaluated by Community Health. They found that this approach was successful in facilitating community input to and ownership of health-related responsibilities but the absence of a provincial population health framework and tension between a local focus on population health versus a focus on acute care at the regional level impeded implementation of population health policies.

- Nova Scotia Community Counts is a division of the Nova Scotia Department of Finance, established to develop a database on Nova Scotian communities. This database, an adaptation of Newfoundland and Labrador's Community Accounts, provides statistics on a wide range of health determinants – including income, social support networks, working conditions, and physical environments. The database can be used to track population health indicators and monitor policies and programs which impact population health.

7.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

The Nova Scotia's structures relating to public and population health have evolved steadily in recent years. Following the 1994 *Blueprint for Health System Reform*, the Department of Health devolved a substantial role for policy development to Regional Health Boards and their subsequent replacements in 2002, District Health Authorities (DHAs). The nine DHAs were given responsibility to govern, plan, manage, monitor, evaluate, and deliver health services for acute and tertiary care, mental health, and addictions in their specified regions.

DHAs are also responsible for providing planning support to Community Health Boards (CHBs) in each region. Nova Scotia's 37 CHBs act as the eyes, ears and voice for community health; they consult with residents and organizations to construct a community profile that identifies deficiencies and strengths with respect to factors that affect health, including income and social status, social support networks, education, employment, physical environments, etc.[112] This profile is used subsequently to determine the priority issues affecting health in the community concerned, and to develop annually a Community Health Plan with primary health care and health promotion as its foundation. In turn, the DHAs must consider the community health plans when developing their annual health services business plans.

In 2002 creation of Nova Scotia Health Promotion (NSHP) as a separate ministry brought together the Sport and Recreation Commission with portions of the Population Health branch of the Department of Health to focus on health promotion and the prevention of chronic disease and injury. Later, in 2006, following a review of public health[113], the provincial government created the Department of Health Promotion and Protection (DHPP), building on NSHP to include all public health staff as well as the Office of the Chief Medical Officer of Health − the first department of its kind in Canada.[114] DHPP's expanded focus on population health, reducing disparity, healthy public policy, evidence-informed decision making and community capacity-building addresses common risk factors for the chronic diseases that take the greatest toll on Nova Scotians and burden the provincial health care system.[115] Those risk factors are often in areas beyond DHPP's direct scope of action, however; therefore intersectoral collaboration is key to dealing with them. To facilitate communication, cooperation, collaboration and action among individuals, organizations, sectors and government departments on common issues and strategies, DHPP has developed what is called its "way to work." Some examples of DHPP's current collaborative intersectoral policy development and program planning efforts include:

---

(112) Government of Nova Scotia, Department of Health, *Users' Guide to the Health Authorities Act*, revised June 2002, p. 25, http://www.gov.ns.ca/health/downloads/ActUsers_guide.pdf.

(113) Government of Nova Scotia, Health Promotion and Protection, *The Renewal of Public Health in Nova Scotia: Building a Public Health System to Meet the Needs of Nova Scotians*, *op. cit*.

(114) Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, *2007-2008 Business Plan*, 22 March 2007, http://www.gov.ns.ca/hpp/repPub/HPPBusinessPlan07-08.pdf.

(115) Rick Manuel, "Nova Scotia: Government Policy and Action," in Michel O'Neill, Ann Pederson, Sophie Dupéré, and Irving Rootman (eds.), *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, Second Edition, Toronto: Canadian Scholars Press, 2007; and Nova Scotia Health Protection and Promotion home page, http://www.gov.ns.ca/hpp/.

- Community Development Policy and Lens: The Department has participated in development of a Community Development Policy (CDP), which is applied in several of DHPP's Responsibility Centres.
- Nova Scotia Green Plan: The Department works closely with partners such as the Department of Environment and Labour and NGOs in connection with trail development.
- Strategy for Positive Aging: The Department was a key partner with the Seniors Secretariat in the development of a Strategy for Positive Aging. In areas such as the oral health of seniors, falls prevention, chronic disease prevention and physical activity, the Department is continuing collaborative work to reduce the risk factors for chronic disease and injury among seniors.
- Joint Environmental Health Services: In order to fulfil their respective mandates for environmental protection, the Departments of Agriculture, Environment and Labour, HPP, and Fisheries and Aquaculture have worked collaboratively to develop a framework for joint decision-making and strengthen environmental health protection.

One DHPP publication, *Healthy People, Healthy Communities: Using the Population Health Approach in Nova Scotia*, illustrates some of the key lessons learned from organizations in Nova Scotia that have applied a population health approach to their work:

- Considering different perspectives on a problem can enrich its solution. Therefore the population health approach is most successful if it involves many people and organizations. Complex actions to affect the root causes of illness and the conditions that create health are more likely to succeed when partners from many sectors work together.
- It is important to allow enough time to build effective partnerships. Implementation of a population health approach requires the creation of opportunities for people to meet, plan, and collaboratively support activities on an ongoing basis.
- Because moving actions "upstream" (from local community to a region, for example) requires resource reallocation, it is important to involve policy-makers in planning population health strategies. Changing the way resources are allocated is easier if those who make decisions about resources are involved early in the planning process.
- Language/terminology must not stand in the way of building successful partnerships across sectors. Sometimes what people in the health sector refer to as the population health approach is referred to by other terms (community economic development, for example) by people in different sectors, important potential partners, who are equally concerned with the relationship between income and health status and the well-being of communities.
- The expertise of community members is an essential ingredient in planning and implementing population health strategies. Strategies vary from providing programs and services, to influencing the creation of public policy to foster healthy physical and social environments.
- Evaluation of actions affecting population health is important to help build the body of evidence about the strategies that influence the determinants of health.[116]

[116] Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, *Healthy People, Healthy Communities: Using the Population Health Approach in Nova Scotia*, no date. http://www.gov.ns.ca/hpp/publichealth/content/pubs/Population%20Health%20Approach.pdf.

Nova Scotia has endorsed the Health Goals for Canada[117] and the DHPP has signalled its commitment to upholding them in its policies and programs. To date it has not, however, indicated if targets will be established and, of so, how progress toward them will be monitored.

The public health review in 2006 also noted the need to expand the limited focus of the 2004 *Health Protection Act* to address the remaining public health functions (population health assessment, health surveillance, health promotion, and disease and injury prevention), and associated approaches and accountabilities. Its recommendation was, however, that the legislative update be sequenced later in the overall implementation of system renewal in order to provide time for experience with the various actions recommended in the report to inform the development of comprehensive public health legislation.[118] The provincial government has agreed that the overall public health renewal and restructuring process currently underway will take some time to unfold.[119]

In October 2007, the government announced a series of consultations seeking community input on how best to tackle poverty throughout Nova Scotia. These consultations constitute one component of the government's development of an anti- poverty strategy for Nova Scotia. This initiative will be co-led by the departments of Community Services and Environment and of Labour.[120]

7.3 MONITORING AND EVALUATION

Following regionalization and the creation of DHAs and CHBs, a study was conducted to study the extent to which a population health approach actually influenced health policy development at the regional level between 1997 and 2001. CHBs were expected to apply the determinants of health in formulating their annual plans and recommendations to DHAs. The study found, however, little evidence of guidance or consistency in the development of recommendations as well as confusion among both CHBS and the DHAs as to how the CHB recommendations were to be integrated into the DHA business plans. Furthermore, the disconnect between the CHB goals, which

(117) Public Health Agency of Canada, *Health Goals for Canada*. http://www.phac-aspc.gc.ca/hgc-osc/home.html.

(118) Government of Nova Scotia, Health Promotion and Protection, *The Renewal of Public Health in Nova Scotia: Building a Public Health System to Meet the Needs of Nova Scotians*, 2006, http://www.gov.ns.ca/hpp/publichealth/content/pubs/07148_therenewalofphinnsreport_apr06_en.pdf

(119) Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, *2007-2008 Business Plan*, 22 March 2007, p. 5, http://www.gov.ns.ca/hpp/repPub/HPPBusinessPlan07-08.pdf.

(120) Government of Nova Scotia, Department of Community Services, "Government to Hold Poverty Reduction Consultations," *News Release*, 10 October 2007, http://www.gov.ns.ca/news/details.asp?id=20071010003.

highlighted health promotion and population health, and the DHAs' focus on primary, acute care and hospital-based services, both led to and highlighted the absence of support for population health approaches in the plans of the DHAs. The study recommended creation of a province-wide framework for population health as well as provincial legislation making it clear that community health plans must be incorporated into regional planning in order to address the issues affecting population health. Nevertheless, the CHB community health planning process is regarded as a positive mechanism to facilitate community input and create a sense of community ownership of what happens locally to affect positively the social determinants of health.[121]

As a component of public health sector renewal, DHPP is planning in 2007-2008 to begin a multi-year, phased development of a strong science-based decision and program support unit with expertise in population health assessment, communicable and chronic disease and injury surveillance, program and policy evaluation, epidemiology, and research. It is expected that this unit will provide an evidentiary basis for demonstrably cost-effective policies and programs that are appropriately targeted and efficiently delivered.[122]

Publicly initiated in January 2005, Nova Scotia Community Counts is a division of the Nova Scotia Department of Finance, established to develop the infrastructure to provide statistical information about Nova Scotian communities. It is an adaptation of the Newfoundland and Labrador government's Community Accounts, a program launched in 2002 to support that province's Strategic Social Plan.[123]

---

(121) Christopher Dawson, Thomas Rathwell, Cari Paterson, et al., *Determining the Impact of the Population Health Approach by Community Health Boards in Nova Scotia*, Dalhousie University School of Health Services Administration.

(122) Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, *2007-2008 Business Plan*, 22 March 2007, p. 5, http://www.gov.ns.ca/hpp/repPub/HPPBusinessPlan07-08.pdf.

(123) http://www.gov.ns.ca/finance/communitycounts/aboutus.asp.

Community Counts is designed to support the planning and evaluation of policy and program interventions. In relation to health, Community Counts can provide information on a range of health determinants, such as income, social support networks, working conditions and physical environments. The Community Counts database has links with other components of the health care system and with related sectors and aspects of provincial and community development.[124] It can be used to track population health indicators and monitor policies and programs that impact population health.

[124] http://www.gov.ns.ca/finance/communitycounts/documents/NS%20Community%20Counts%20 brochure.pdf.

CHAPTER 8: ONTARIO[125]

8.1 MAIN FINDINGS

- High-level leadership laid the groundwork for the application of population health approaches in the late 1980s and early 1990s, but a change in government and fiscal retrenchment resulted in little action on them.

- The creation of Local Health Integration Networks in 2006 has allowed some regions to apply a population health lens to the planning and delivery of health services.

- A series of early childhood development and childcare initiatives, notably the Ontario Early Years Centres, are rooted in the understanding of early childhood development as an important determinant of health.

- Although the fundamental principles of population health are well-known among government players, provincial health care organizations and many providers of health care, translating this understanding into successful policy, program and/or practice changes continues to be a challenge in Ontario.

8.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

Population health emerged as a policy interest in Ontario through the late 1980s and early 1990s together with a growing understanding of the determinants of health and the need to invest in flexible and coordinated ways in the broad range of factors affecting health that cut across sectors and jurisdictions. Unfortunately this was coincident with financial restraint and increasing efforts to control escalating health care costs.

The Premier's Council on Health Strategy (PCHS) was created in 1987 with the mandate of selecting health goals for Ontario, informing the development of healthy public policies, and the identifying policies to shift the focus away from health care to health promotion and disease prevention.[126] Chaired by the Premier, joined by seven other Cabinet ministers as well as academic

---

[125] The information presented in this chapter is based on a paper commissioned by the Subcommittee and prepared by Bev Nickoloff, *Ontario's Experience in Adopting and Implementing a Population Health Paradigm,* September 2007.

[126] Ann Pederson and Louise Signal, "The Health Promotion Movement in Ontario: Mobilizing to Broaden the Definition of Health," in Ann Pederson, Michel O'Neill and Irving Rootman, *Health Promotion in Canada: Provincial, National and International Perspectives*, Toronto: W.B. Saunders Canada, 1994.

physicians and representatives of health interest groups, and the business, labour and consumer sectors, the PCHS developed a *Vision of Health* and a series of provincial *Health Goals* to advance acceptance of the population health approach. The health goals included: 1) Shift the emphasis to health promotion and disease prevention; 2) Foster strong and supportive families and communities; 3) Ensure a safe, high quality physical environment; 4) Increase the number of years of good health for the citizens of Ontario by reducing illness, disability and premature death; and 5) Provide accessible, affordable and appropriate health services for all. Three broad areas, healthy child development; labour market adjustment; and environmental policy, were identified as requiring policy intervention to improve health.(127)

Despite the fact that all three political parties endorsed the PCHS's *Vision of Health* and *Health Goals* in the Legislature in 1991, translation of these objectives into concrete policy changes or significant shifts in resource allocation patterns did not follow.

Following a change in government in 1990, PCHS was given an expanded mandate, a new structure, and a new name – Premier's Council on Health and Well-being and Social Justice (PCHWSJ). The new PCHWSJ focused on providing the government and the public with research and advice on how to build a healthy, just society. It launched a broad public education campaign to "popularize" information on the determinants of health and to mobilize individuals and communities to take greater control over those conditions that affect their health and well-being. In 1994, PCHWSJ recommended a Health for All Ontarians policy, placing the determinants of health at the top of the government's political agenda. Key to this approach were recommendations to shift resources from cure and treatment to the prevention of illness, as well as the incorporation of a health impact assessment in all Cabinet submissions.(128)

A key initiative undertaken by the PCHWSJ was to identify policy priorities for a particular population group: children and youth. This focused on leading indicators of healthy development, the environments involved, and key determinants of health related to four transition

(127) Premier's Council on Health Strategy, Healthy Public Policy Committee, *Nurturing Health: A Framework on the Determinants of Health*, March 1991.

(128) Premier's Council on Health, Well-being and Social Justice, *Health for All Ontarians: A Provincial Dialogue on the Determinants of Health*, 1995.

phases in child and youth development. These were used to establish priorities and identify strategies to raise a generation of healthy children.

Following the election of another new government in 1995, the PCHWSJ was disbanded and no government ministry was formally assigned the leadership role to continue work on population health.

Building on the work on early childhood development done by the Premier's Councils, in 1998 the government commissioned a report from Dr. Fraser Mustard and the Honourable Margaret McCain inviting recommendations on how the province could best support and most positively impact young children. The resultant *The Early Years Study* led to establishment of 103 Ontario Early Years Centres (OEYCs) that offer: early learning and literacy programs for parents and children; programs to help parents and caregivers in all aspects of early child development; programs on pregnancy and parenting; links to other early years programs in the community; and outreach activities to encourage parents to get involved with their local Centre.[129] Other programs developed in the following years to improve child's health include the Healthy Babies, Healthy Children program which screens all new mothers to ensure they get the supports they need to support the healthy growth and development of their children[130] and the Best Start Plan intended to expand the number of licensed child care spaces, increase access to subsidies, attract and retain qualified child care workers and develop other early learning and child care supports.[131]

In 2005, the Ministry of Health Promotion was created to foster a culture of health and well-being leading to reduction of the burden on the provincial health care system. The Ministry's programs and policies integrate prevention of chronic disease, health promotion, and sport and recreation programs to promote improved long-term health outcomes[132] in collaboration with communities and through partnerships across all levels of government and with the private sector to influence policy development, program design and service delivery.

---

[129] Government of Ontario, *What is an Ontario Early Years Centre?* http://www.ontarioearlyyears.ca/oeyc/en/Questions/Whatis.htm

[130] Pegeen Walsh, Ontario Ministry of Health Promotion, *Evidence*, 6 February 2008.

[131] Ontario Ministry of Children and Youth Services, "McGuinty Government Expands Best Start Plan for Children," *News Release*, http://ogov.newswire.ca/ontario/GPOE/2005/07/28/c5315.html?lmatch=&lang=_e.html

[132] Ontario Ministry of Health Promotion, *Results-Based Plan Briefing Book, 2007-08*, http://www.mhp.gov.on.ca/english/resultsplan/RbP_BriefingBook_2007-08.pdf

The *Inter-Ministerial Committee on Healthy Living* is an example of the intersectoral approach of the Ontario government. Led by the Minister of Health Promotion, the Committee is made up of the Ministers of Agriculture, Food and Rural Affairs; Children and Youth Services; Community and Social Services; Education; Environment; Health and Long-Term Care; Labour; and Municipal Affairs and Housing. It is mandated to: 1) Provide a forum to address complex issues that impact health and well-being and identify strategies for resolution; 2) Identify opportunities and approaches to increase health promotion in a range of settings (e.g., recreation centres, child care centres, schools, workplaces); and 3) Identify opportunities to leverage resources through the development of partnerships with the private sector. Experts believe that creation of this Committee constitutes a positive breakthrough and provides a long-overdue mechanism to coordinate policies affecting population and individual health.

The Ministry of Health Promotion has also been involved in a cross-government research initiative to examine persistent disparities in the health of segments of the population. The Equity in Health and Human Services Strategic Research Initiative is led by the Ministry of Health and Long-Term Care which recognizes that the levers to reduce health disparities are found primarily in other sectors: housing, education, child and youth services, labour market attachment, immigration and settlement, and corrections. The initiative seeks to lay the foundation of a sustainable, horizontal approach to developing and implementing health and human services policy, and the identification of tools to guide ministries in their investment in health and human service programming.[133]

In 2006 the government created fourteen Local Health Integration Networks (LHINs), organizations to plan, integrate and fund regional health services including hospitals, community care access centres, home care, long-term care and mental health.[134] LHINs are to work from a population health perspective and use Population Health Profiles produced by the Ministry of Health and Long-Term Care which present health indicators, health services market-share and utilization, and socio-demographic determinants of health. At least one LHIN, Toronto Central, has used a population health

---

[133] Pegeen Walsh, Ontario Ministry of Health Promotion, *Evidence*, 6 February 2008, and Brief submitted to Subcommittee.

[134] Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, *Incorporating a Population Health Approach in Health Planning and Priority Setting*, Population Health Policy and Planning and Women's Health Branch, June 2006, http://www.blogs.opc.on.ca/wp-content/uploads/2007/07/populationhealthinontariofinal17jul2006.pdf

lens in planning how to integrate its services.[135] The Champlain Region LHIN is taking a population health approach to chronic disease prevention, but has found it a challenge to reallocate resources from health services to address the broader determinants of health.[136]

In September 2007, the provincial government implemented a Health-Based Allocation Model to allocate funding to the LHINs. This model will base each LHIN's share of funding on direct measures of health status and such population-based factors as age, gender, socio-economic status, rural geography and patient flows.

8.3 MONITORING AND EVALUATION

While the LHINs can take a population health perspective in their planning and partnerships, access to reliable, timely data has been identified as a challenge for those LHINs which wants to track a range of socio-economic indicators s to conduct its planning on a population health basis.[137] Not only are the data sparce, so also are the data analysis and interpretation capacity required to support regional and sub-regional planning.[138]

At least two non-governmental organizations are notable for their contribution to information on population health in Ontario. The Institute for Work and Health has played an important role in advancing understanding of the effects of work as a determinant of health, including the causes of work-related disability, optimal approaches to return-to-work, and the adequacy and equity of income security benefits in Canada. The current priority of the Ontario Prevention Clearinghouse is to demonstrate the importance and cost-effectiveness of prevention and health promotion strategies, with specific emphasis on early childhood development, chronic disease prevention, and social inclusion. In 2007, it released *Primer to Action*, a resource to help practitioners concerned about the social determinants of health identify beneficial actions.[139]

---

(135) Laura Pisko-Bezruchko, Toronto Central Local Health Integration Network, *Evidence*, 6 February 2008.

(136) Dr. Andrew Pipe, University of Ottawa Health Institute, *Evidence*, 6 February, 2008.

(137) Laura Pisko-Bezruchko, Toronto Central Local Health Integration Network, *Evidence*, 6 February 2008.

(138) Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, *Incorporating a Population Health Approach in Health Planning and Priority Setting*, Population Health Policy and Planning and Women's Health Branch, June 2006, http://www.blogs.opc.on.ca/wp-content/uploads/2007/07/populationhealthinontariofinal17jul2006.pdf

(139) Ontario Chronic Disease Prevention Alliance, Ontario Prevention Clearinghouse and the Canadian Cancer Society, *Primer to Action : Social Determinants of Health*, March 2007. http://www.ocdpa.on.ca/rpt_PrimertoAction.htm

CHAPTER 9: PRINCE EDWARD ISLAND

9.1 MAIN FINDINGS

- Prince Edward Island adopted a population health perspective in 1993 and enshrined its population health policy in the *Health and Community Services Act* which identified the mechanisms through which population health policy would be implemented – regional governance and block funding.

- With this legislation, Prince Edward Island became one of the first jurisdictions in Canada to shift resources with the goal of addressing the determinants of health.

- The integration and coordination of a broad array of health, social and community services under regional authorities was an attempt to increase efficiency, emphasize the range of factors that determine health, and bring the planning and delivery of services closer to communities in order to meet local needs.

- Intersectoral collaboration and reallocation proved to be a long term process and a multi-staged policy objective. Partnerships, integration and informal resource shifts are created and are accomplished only slowly.

- Barriers to the implementation of population health policy proved to be both structural and systemic, involving public perception, union agreements, turf protection in the health care field, reduced level of funding and repeated organisational changes.

9.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

The development and implementation of population health policy in Prince Edward Island was initiated in 1991 when the provincial government established a task force to consider the future of health, social and community services. At that time, the health care system and many social and community services were managed province-wide by government departments, agencies and boards; there were widespread concerns about rising costs and greater service utilization, the effectiveness of services in meeting peoples' needs, and a lack of community involvement in decision making.

In *Health Reform: A Vision for Change*, a Task Force concluded in 1992 that healthy public policy was lacking in Prince Edward Island and that there was little coordination of health policy development with other sectors of government such as education, youth and environment. It recommended a new vision based on a population health approach emphasizing wellness promotion,

need-based planning, community-based services, and local involvement in the planning and delivery of an integrated broad set of health and social services. It also recommended establishment of a provincial health policy council to develop health goals and policies, and to encourage healthy public policy among all government sectors.[140]

The government responded positively and a Health Transition Team was established to plan for implementation of the Task Force's recommendations. In *Partnerships for Better Health*, released in 1993, the Team clearly acknowledged the need to address the broad range of health determinants through a population health approach. It also highlighted the need for health promotion and recognized that primary health care should be based partly on the integration of health, social and economic development. It recommended regionalization of health and social services, development of a resource centre for health promotion, development and implementation of community needs assessment by the new regional authorities, and establishment of a pilot community health centre project.[141]

In the same year the legislature passed the *Health and Community Services Act*, decentralizing significantly the organizational structure supporting the delivery of health, social and community services in the province. It created five regional authorities, with the responsibility of assessing their population's health needs, setting priorities, allocating budgets, employing service providers, and managing and delivering a wide range of health and social services including: hospital services, home care, mental health, public health, addiction services, child welfare, income security, public housing, job creation and employment enhancement, seniors' social services, community development, probation and correctional services, and various other health and social services (prescription drugs, physician services and education were not included). Each regional authority was given funding for all services combined in the form of a block budget.[142] Block funding was intended give regional decision makers the flexibility to address the broad determinants of health through

---

[140] Task Force on Health, *Health Reform: A Vision for Change*, PEI Cabinet Committee on Government Reform, Government of Prince Edward Island, March 1992.

[141] Health Transition Team, *Partnerships for Better Health*, Government of Prince Edward Island, June 1993.

[142] Prince Edward Island, *Health and Community Services Act*, Assented to 1993 and repealed in 2005.

program management and resource allocations that responded to local needs. No other Canadian jurisdiction has devolved authority for such a broad array of combined health and social services.[143]

The Act also created two new central agencies, the Health Policy Council to set broad health goals and provide advice to the Minister, and the Health and Community Services Agency to define the core services that the regions would be required to provide, set regional budgets and human resource policies, and provide the regional authorities with program development support.

The Health Policy Council released its draft health goals in 1994 for broad distribution and discussion:

1. A new understanding of health – based on health determinants, with a greater focus placed on health promotion and disease prevention.
2. Healthy individuals, families and communities – to build strong and supportive families and communities.
3. A healthy environment – to preserve and promote healthy and safe physical environments.
4. Quality in health and community services – to provide appropriate, accessible and sustainable health services and ensure that resources are managed fairly and wisely.
5. Healthy public policy – public policy in social, economic, cultural and physical environments has a powerful influence on health. Health impact assessments must be undertaken by other sectors of public policy.[144]

For its part, the Health and Community Services Agency released its strategic plan in 1995. It included four goals:

1. To strengthen families, individuals and communities, with a focus on early childhood development, communicable disease control and at risk population groups.
2. To provide an integrated range of health services – client-based, accessible and affordable with an emphasis on the broad determinants of health.
3. To develop human resources within the health care system and to utilize all providers in the most appropriate ways.
4. To build efficiencies and effectiveness in health care delivery.[145]

---

[143] Jonathan Lomas, John Woods and Gerry Veenstra, "Devolving Authority for Health Care in Canada's Provinces: 1. An Introduction to the Issues," *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 156, Issue 3, February 1997, pp. 371-7, http://www.cmaj.ca/content/vol156/issue3/.

[144] Health Policy Council, *Draft Health Goals for Prince Edward Islanders*, Government of Prince Edward Island, Discussion paper, December 1994.

[145] Health and Community Services Agency, *Health and Community Services System – Provincial Plan*, Government of Prince Edward Island, June 1995.

In 1997, to make regional decision makers directly accountable to the Minister the Health Policy Council was eliminated and the Health and Community Services Agency was amalgamated with the Department of Health and Social Services. The regional authorities were also relieved of responsibility for probation and correctional services. Yet, acute care, home, long term and continuing care, public housing, social services, addiction, child welfare, employment enhancement and income security remained in the single regional global budget envelope.

In 2001, the government released its *Strategic Plan for the Prince Edward Island Health and Social Services System*. Although the broad set of health determinants were recognized, the Strategic Plan focused heavily on the demand and supply of health care, individual responsibility for health, and public confidence in the health care system. It proposed six new health goals:

1. Improve the health status of the population.
2. Increase personal responsibility for health.
3. Improve sustainability of the system.
4. Improve public confidence in the system.
5. Improve workplace wellness and staff morale.
6. Maintain other results at current levels.

The Strategic Plan identified various health status indicators by which to measure and report regularly on progress in relation to each goal.[146] The first report was released in January 2003, a second in December 2004, and the most recent report in October 2006.[147]

The Strategic Plan also enumerated a set of wellness initiatives, announced the creation of a provincial child development strategy, and directed increased partnerships with other departments and agencies, with communities, NGOs, health professionals and the private sector to address the determinants of health. Its wellness initiatives focused on disease prevention, the promotion of healthy lifestyles, wellness for seniors, healthy public policy, public and employee wellness recognition, and support for low income families. The Strategic Plan did acknowledge that additional strategies would be needed to reduce health disparities.

---

[146] Department of Health and Social Services, *Pathways to Wellness and Sustainability – Strategic Plan for the Prince Edward Island Health and Social Services System, 2001-2005*, Prince Edward Island Government, December 2001, http://princeedwardisland.com/publications/getpublication.php3?number=711.

[147] Department of Health, *Prince Edward Island Health Indicators*, Prince Edward Island Government, October 2006, http://www.gov.pe.ca/publications/getpublication.php3?number=1355.

In 2002, the provincial government removed responsibility for hospital care and addiction services from the regional authorities, transferring it to the newly formed Provincial Health Services Authority. Then, in 2005, a major reorganization of the health and social services system was announced, ending the regional approach to implementing population health policies and programs in Prince Edward Island. The regional authorities were brought together with the Provincial Health Services Authority as one system under the Department of Health. Community Hospital Boards were established to oversee, manage and plan for community hospitals. A separate Department of Social Services and Seniors was created to focus on children, social services and the special needs of seniors. The government estimated that these changes would result in cost savings of $9 million each year through reduced overlap, duplication and administration.[148] This reorganization implemented alternative mechanisms for program delivery and resource allocation that, to some extent, impacted negatively the province's focus on population health.

Currently, the Department of Health works with stakeholders to promote health and prevent illness through several collaborative, intersectoral approaches to some health determinants. These include the Strategy for Healthy Living (launched in 2003), the Cancer Control Strategy (since 2004) and the Healthy Child Development (with the Department of Social Services and Seniors).[149]

9.3 MONITORING AND EVALUATION

While the *Health and Community Services Act* did not include a provision for monitoring and evaluation, three research projects monitored the reforms and assessed their impact. A joint funding agreement between the federal (Health Canada) and provincial (Department of Health and Social Services) governments led to the establishment of a small group in the latter department known as the System Evaluation Project (SEP). Between 1997 and 1999, SEP developed protocols and guidelines to assist in the evaluation of the cross-sectoral reallocation of resources resulting from the 1993 reform; it also produced a summary document.[150][151] Another research project was jointly

---

[148] Government of Prince Edward Island, *Provincial Budget – Backgrounder: Health and Social Services*, April 2005, http://www.gov.pe.ca/budget/2005/backgrounders/health/index.php.

[149] Ministry of Health, *Annual Report for the Year Ending March 31, 2006*, Government of Prince Edward Island, 2006.

[150] The System Evaluation Project produced eight reports: *A Guide to System Evaluation: Assessing the Health and Social Services System in PEI* (1997); *A Conceptual Framework for Cross-Sectoral Reallocation of Resources for*

funded by the Canadian Health Services Research Foundation, the McMaster Institute of Environment and Health and the provincial Department of Health and Social Services.[152] More recently, a third group of Canadian researchers reported their findings on the Prince Edward Island experience with population health policy over the 1993-2001 period.[153] The evidence is summarized below:

- The objectives of the reform were clear: to move away from an emphasis on health care toward a focus on the non-medical determinants of health. Within health care, there was also a desire to move away from institutional toward community-based care.

- Although a population health approach figured prominently in the objectives, the reform documents identified several other equally important objectives including more primary health care, improved effectiveness and efficiency through service coordination and integration, need-based planning, increased personal responsibility for health, and increased community involvement in decision making.

- Policy makers in different government sectors involved in the reform saw the importance of the objectives differently. Whereas the Health Policy Council gave priority to addressing the determinants of health, the Health and Community Services Agency focused on fostering community development, improving integration and coordination, and reducing duplication of services. The department of Health and Social Services, influenced by the government's fiscal concerns, emphasized the need for improvements in both the effectiveness and efficiency of health service delivery.

- At the regional level, the pursuit of so many goals simultaneously affected resource reallocation in two ways. Their sheer number divided the attention of decision-makers among multiple, often competing, objectives, all seemingly of equal importance. Moreover, that some goals (such as improving administrative efficiency) were easier to achieve than others (such as reallocation), probably explained why regional managers moved more slowly on the latter.

- Regionalization required the adjustment and renegotiation of labour agreements, and allowing for the transition of employees from government departments and central or provincial agencies to the regions. This required considerable time.

Health (1998); *Data Collection Instruments for Evaluating Health and Social Service Systems* (1998); *Decision Support Tools for Cross-Sectoral Investments in Population Health in the Context of Health System Change* (1998); *Facilitating Staff Involvement in the Shift to Cross-Sectoral Reallocation* (1998); *Preparing for Media Communications about Cross-Sectoral Reallocation* (1998); *Scan and Plan: Meeting and Managing Potential Challenges to Cross-Sectoral Reallocation* (1998); and *Summary of Results* (1999).

(151) In 1999, the provincial government decided that it was time for action rather than further study. Accordingly, SEP was reorganized and its staff members were assigned other evaluation responsibilities.

(152) John D. Eyles, Greg L. Stoddart, John N. Lavis, Tina Pranger, Laurie Molyneaux-Smith and Colin McMullan, *Making Resource Shifts Supportive of the Broad Determinants of Health: The PEI Experience*, Canadian Health Services Research Foundation, January 2001, http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/eyles_report.pdf.

(153) Greg L. Stoddart, John D. Eyles, John N. Lavis and Paul C. Chaulk, "Reallocating Resources across Public Sectors to Improve Population Health," Chapter 12 in *Healthier Societies – From Analysis to Action*, 2006, pp. 327-47.

- The shifting of resources necessary to develop and implement population health policy is a long term process that can only be facilitated through a long standing commitment to it. The period of the reform, from 1993 to 2001, may not have provided time sufficient for the necessary adjustments and reallocation to take place, nor for them to have any significant impact on health.

- In principle, block funding provided the flexibility to shift resources between the various sectors affecting health and afforded wide scope for reallocation at the regional level. In practice, however, reallocation was limited by three factors. First, the envelopes were allocated to regional authorities based largely on the historical flow of funds, not according to assessment of the respective needs of the regional populations. Second, block funding continued to be reported in governmental budget documents on a line-by-line (i.e., by program) basis, thereby creating rigidities from the outset. And third, cuts to federal transfer payments led to fiscal retrenchment by the provincial government immediately following implementation of the reform; this reduced the discretionary room available to the regions after providing core services and weakened their effectiveness in reallocating resources.

- Regional governance facilitated cross-sectoral reallocation to some extent; it helped ensure intra-regional partnership, integration, coordination and enhanced accountability at the community level. It did, however, diminish inter-regional cooperation.

- Although the reform generated an organizational culture supportive of population health, the regional authorities perceived that the general public needed more time and education to understand fully the shifting of resources particularly away from acute care. The public's reaction to the possibility of reallocating resources away from health care suggested a deeply rooted belief in the importance of health care relative to the impact of social and economic determinants. Education of the public to correct that misperception is essential to support reform.

- The interests of physicians, hospital workers and other service providers also played a role in determining the reform's pace of change. Although some providers, such as those in community care or social service sectors, saw themselves or their sectors as "winners", most workers in the largest sector – institutional care – were concerned about the risk of job losses and/or changes to their working conditions. From the outset, their opposition was strong and vocal.

- For these reasons, reallocation was affected by political concerns, public opinion, changing budget levels, turf protection in the health care field and union agreements and was very difficult to achieve. Regional managers found it extremely difficult to implement major changes to move resources "to upstream prevention from downstream rescue." Such reallocation as did occur involved, in part, staff, space, equipment and information rather than financial resources.

- Evaluation of efforts to shift resources, to assess their impact and the satisfaction of patients and clients could have helped win acceptance and approval of the concept.

- Prince Edward Island has been a pioneer among the provinces and territories in establishing mechanisms to achieve resource shifts supportive of population health.

CHAPTER 10: QUÉBEC

10.1 MAIN FINDINGS

- Québec adopted a public policy approach based on population health in 1992. This approach was innovative at the time, since it called for the involvement of all sectors of government and society in an intersectoral approach designed to improve health and reduce health disparities.

- This policy was renewed and strengthened in 2001 with passage of the *Public Health Act*, one purpose of which was to put in place a government-wide policy based on population health. Section 54 of the Act, which is internationally recognized for its innovative character, assigns to the minister of health and social services the power to initiative and issue advice proactively to other ministers for the purpose of promoting and supporting policies that foster the health of the population.

- Section 54 also obliges government departments and agencies to analyze the health impacts of the proposed laws and regulations. To that end, the department of health and social services has prepared a guide which describes the steps to follow in conducting health impact assessments.

- The *Public Health Act* and the provincial public health program that is its result empower the health sector to influence policy development. The main challenge is to persuade departments whose programs impact on the non-medical determinants of health to participate in the development of healthy public policies.

- Québec's population health policy also emphasizes the need to reduce income inequalities. In 2002, the National Assembly passed the *Act to combat poverty and social exclusion*, which is intended to reduce poverty progressively over a period of ten years. As for the reduction of health disparities, here too intersectoral action is essential.

10.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

Development of Québec's population health policy was undertaken in the wake of the international "Health for All" movement launched in the early 1980s under the auspices of the World Health Organization. In 1984, the Conseil des affaires sociales et de la famille [Council on social affairs and the family] submitted to the government *Objectif santé,* the report of its Comité d'étude sur la promotion de la santé [Working committee on health promotion]. This report profiled the status of health in Québec, examined the principal determinants of health, formulated health and well-being objectives, and proposed actions based on the population health approach.(154) Similarly, in a report

(154) Comité d'étude sur la promotion de la santé, *Objectif santé*, Conseil des affaires sociales et de la famille, Gouvernement du Québec, 1984.

tabled in 1988, the later Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux [Commission of inquiry on health and social services] proposed the adoption of six major orientations, including a government-wide policy based on population health that was presented as an "[translation] indispensable corollary to an evidence-based approach."[155]

In response, the Québec department of health and social services (MSSS) adopted in 1992 its *Policy on Health and Well-being*. Resolutely oriented toward the population health approach, this policy assigned high priority to the non-medical determinants of health and clearly featured concern about health disparities and income inequalities in Québec. Regarded at the time as innovative, this was the first policy statement to call for the involvement of all sectors of government and the community in an intersectoral approach to a common goal. The *Policy on Health and Well-being* was founded on three principles: (1) health and well-being are influenced by ongoing interaction between the individual and the environment; (2) the maintenance and improvement of health and well-being depend on the balanced sharing of responsibilities among individuals, families, communities, public authorities, and society as a whole; (3) the population's health and well-being is a fundamental societal investment. The strategies proposed were designed to: (1) encourage reinforcement of each individual's potential; (2) provide support in social settings and develop safe environments; (3) improve living conditions; (4) act for and with groups at risk; (5) coordinate the policies and strategies of all departments toward these ends; and (6) reorient the health care system toward the most effective and least costly solutions.[156]

In 1997, the MSSS published *Québec Priorities in Public Health 1997-2002*. This policy paper was intended to define better the health sector's contribution to the objectives proposed under the *Policy on Health and Well-being*. In addition to an increased commitment to reducing health disparities and income inequalities,[157] seven priorities were adopted: (1) development and social adjustment of children and youth; (2) diseases preventable by immunization; (3) HIV-AIDS and sexually transmitted diseases; (4) breast cancer screening; (5) smoking; (6) unintentional and intentional injury; and (7) alcoholism and drug addiction.

---

(155) Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, *Rapport final*, Gouvernement du Québec, 1988.

(156) Ministère de la Santé et des Services sociaux, *The Policy on Health and Well-being*, Government of Québec, 1992, http://www4.banq.qc.ca/pgq/2007/3256156.pdf.

(157) Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Des priorités nationales de santé publique, 1997-2002*, Gouvernement du Québec, 1997, http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96_203.pdf.

An evaluation conducted at the end of the decade (1992-2002) covered by the *Policy on Health and Well-being* revealed that the health sector and the entire community had been encouraged to adopt a more comprehensive vision of health and its determinants and to focus on certain common objectives related to health and well-being. It also showed that the policy had successfully mobilized and structured community action, essential in the population health approach. Other positive effects of the *Policy on Health and Well-being* were the development of indicators of health and well-being and increased financial support for population health research. The participation by governmental sectors other than health and social services, however, were notably lacking and MSSS was criticized for its lack of leadership in securing the support of other government departments and agencies; the government as a whole was faulted for the absence of a formal commitment to require and facilitate the support of all its departments and to advocate intersectoral action. Finally, the evaluation recommended renewal of the policy with emphasis being put specifically on active participation of sectors whose programs have important impacts on the non-medical determinants of health.(158)

In 2001, the National Assembly passed the *Public Health Act*, one of the objectives of which is to establish a government-wide policy based on the health of the population.(159) Section 3 in particular refers explicitly to a population health approach, which calls for "means of exerting a positive influence on major health determinants, in particular through intersectoral coordination." Furthermore Section 54, also internationally recognized for its innovative character, provides major leverage to develop government-wide policy based on population health through obliging all departments to analyse the health impacts of their proposed laws and regulations. It also assigns to the minister of health and social services the power to issue proactive advice to other ministers with the goal of promoting health and supporting the adoption of policies that foster the health of the population.(160) In addition, Sections 53, 55 and 56 assign public provincial, regional and local health authorities responsibility for the determinants of health by encouraging intersectoral collaboration.(161)

---

(158) Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La Politique de la santé et du bien-être: une évaluation de sa mise en œuvre et de ses retombées sur l'action du système socio-sanitaire québécois de 1992 à 2002*, Gouvernement du Québec, 2004, http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/c955d244287edd8c85256ed20069e1b5?OpenDocument.

(159) Government of Québec, *Public Health Act*, .R.S.Q., ch. S-2.2, 2001, http://www.canlii.org/eliisa/highlight.do?language=en&searchTitle=Québec&path=/qc/laws/sta/s-2.2/20070813/whole.html.

(160) "The Minister is by virtue of his or her office the advisor of the government on any public health issue. The Minister shall give the other ministers any advice he or she considers advisable for health promotion and the adoption of policies capable of fostering the enhancement of the health and welfare of the population. In the Minister's capacity

In response to the *Public Health Act*, the MSSS launched in 2002 the *Québec Public Health Program 2003-2012*. This program proposed five strategies: (1) strengthen the potential of individuals; (2) support community development; (3) participate in intersectoral actions that support health and well-being; (4) support vulnerable groups; and (5) encourage use of effective clinical preventive practices.(162) Experts say that the program is too new to assess the effects of its implementation, but that it has good potential given the legislative instruments advanced to encourage interdepartmental collaboration in the development of public policies to enhance the health of the population.(163)

10.3 MONITORING AND EVALUATION

While the adoption of Section 54 was an important step toward the development of policies favourable to health, its implementation presents major challenges which are addressed by a guide to the assessment of the potential effects on health and well-being of the various proposed laws and regulations,(164) prepared by MSSS, for government departments and agencies. An intergovernmental process has also been established to facilitate conducting these assessments. It has three objectives: (1) to permit government departments and agencies to assess the health impacts of proposed laws and regulations while they are being formulated; (2) to facilitate the adoption of

---

as government advisor, the Minister shall be consulted in relation to the development of the measures provided for in an Act or regulation that could have a significant impact on the health of the population."

(161) Louise St-Pierre and Lucie Richard, "Le sous-système de santé publique québécois et la promotion de la santé entre 1994 et 2006: progrès certains, ambiguïtés persistantes," chapter 10, *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives et critiques* (Les Presses de l'Université Laval, 2006), pp. 183-204.

(162) Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Québec Public Health Program 2003-2012*, Government of Québec, 2003, http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/ed7acbc94b12630f852566de004c8587/f83fd818c4afad8085256e3800553476?OpenDocument.

(163) Nicole F. Bernier, "Québec's Approach to Population Health: An Overview of Policy Content and Organization," *Journal of Public Health Policy*, 27, 1 (2006), pp. 22-37.

(164) This guide includes two documents: (1) Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Guide pour le dépistage – Processus d'évaluation des impacts sur la santé*, Gouvernement du Québec; (2) Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Guide pour le cadrage et l'évaluation préliminaire – Processus d'évaluation des impacts sur la santé*, Gouvernement du Québec, http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/organisa/LoisRegl.nsf/77b66363fd8d8cad85256714005bc2fa/7c1ca76a4f0ac99085256b5d004dd0e9?OpenDocument.

measures to mitigate the negative effects of laws and regulations on health; and (3) to provide information when decisions are being made by government authorities.[165]

The *Public Health Act* also establishes different ways to monitor changes in the health status of the population and disseminate the resulting information, including in provincial reports. The first such report, released in 2005, notes: "The principal intersectoral means that are likely to influence the common determinants must target the following goals: to reduce poverty and inequalities, to preserve the physical environment, to foster the development of supportive communities, to support the adoption of healthy lifestyles and to support child and youth development."[166] It does not specify, however, how the intersectoral approach is to be mobilized and structured.

To support implementation of Section 54, the government also set up a research program to study public policies favourable to health and well-being. This program, under the aegis of the Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé [Task force on public policies and health], is the result of a partnership between the MSSS, the Institut national de santé publique du Québec, the Fonds de recherche en santé du Québec and the Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture.[167]

Finally, in 2007 the MSSS published *La santé, autrement dit…*, addressed both to government departments and agencies and to community organizations, a tool intended to raise awareness of the determinants of health and to focus action on enhancing the health of the population. It offers a succinct profile of government programs and initiatives as they relate to eight major determinants of health: lifestyle, education, housing, transportation, urban planning, physical

---

(165) For more information on this subject, see the following two documents: (1) Jean Turgeon, *L'adoption de politiques favorables à la santé pour le Québec*, Paper presented at the École nationale de santé publique, Rennes, France, 17 March 2005, http://www.gepps.enap.ca/fr/index.aspx?sortcode=1.15.19.22; and (2) Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, *Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec : Huit études de cas – Résumés*, May 2007, http://www.gepps.enap.ca/gepps/docs/r%C3%A9sum%C3%A9s%20%C3%A9tudes%20de%20cas/vfresumes%20etudes%20de%20cas%20(8)_gepps_30mai2007.pdf.

(166) National Public Health Director, *Producing Health – National Report on the Health Status of the Population of Québec*, Government of Québec, 2005, http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-228-02A.pdf.

(167) Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, http://www.gepps.enap.ca/fr/nouvelles.aspx?sortcode=1.15.22.

environment, social environment, and income.[168] It provides a good summary of the Québec government's effort to implement a government-wide population health based approach.

10.4 INTERSECTORAL ACTION PLAN TO COMBAT POVERTY

Under the 1992 *Policy on Health and Well-being*, the MSSS committed itself to partnering with other departments and agencies concerned by poverty and the social dependence it causes in order to formulate a government action plan to reduce poverty, with priority given to families with young children. Between 1993 and 2002, the MSSS, set up a number of committees charged with development of departmental policies to reduce income disparities and health inequalities.

In response to the recommendations of these committees, the government tabled in 2002 its *National Strategy to Combat Poverty and Social Exclusion*, drawn up around five major themes: (1) promoting personal empowerment; (2) strengthening the social and economic safety net; (3) promoting job access and employment; (4) mobilizing society as a whole; and (5) ensuring consistency and coordination of action at all levels.[169]

In the same year, the National Assembly passed the *Act to combat poverty and social exclusion*,[170] built around the intention to make Québec progressively (over a ten-year period) one among the industrialized nations with the least number of persons living in poverty. Its adoption makes Québec the second jurisdiction in the world (after France) to enact legislation to combat proverty through consistent and coherent interventions. Section 12 of the Act provides for the adoption of an action plan specifying how the government plans to achieve its goal. The *Government Action Plan to Combat Poverty and Social Exclusion* was released in 2004.[171] It contains measures to improve the

---

(168) Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La santé, autrement dit… Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, Gouvernement du Québec, 2007, http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/1a165acb041a1e7a852572db004c26f3?OpenDocument.

(169) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, *National Strategy to Combat Poverty and Social Exclusion – Policy Statement*, Government of Québec, 2002, http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/index_en.asp?categorie=portail|cr|saca|sr.

(170) Government of Québec, *An Act to combat poverty and social exclusion*, R.S.Q., ch. L-7, 2002, http://www.canlii.org/eliisa/highlight.do?language=en&searchTitle=Québec&path=/qc/laws/sta/l-7/20070813/whole.html.

(171) Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, *Reconciling Freedom and Social Justice: A Challenge for the Future – Government Action Plan to Combat Poverty and Social Exclusion*, Government of Québec, April 2004, http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/index_en.asp?categorie=portail|cr|saca|sr.

income of low-income persons and families, invest in social housing, initiatives to promote food security and other important measures for recipients of Employment Assistance. Finally, it also contains measures to adapt actions to the realities facing Aboriginal peoples.

One of the Act's requirements is for an annual report by the minister of employment and social solidarity on activities implemented under the Government Action Plan. While the 2006 report, prepared by no fewer than eight government departments and two government agencies,[172] presents no poverty indicators by which progress made since the passage of the Act might be assessed, it does underscore the importance of the intersectoral approach and of a commitment of society as a whole to achieving the goal.[173]

[172] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, Ministère du Travail, Ministère des Affaires municipales et des Régions, Société d'habitation du Québec and Secrétariat à la jeunesse.

[173] Government of Québec, *Year Two Report – Government Action Plan to Combat Poverty and Social Exclusion 2004-2009*, 2006, http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/index_en.asp?categorie=portail|cr|saca|sr.

CHAPTER 11: SASKATCHEWAN[174]

11.1 MAIN FINDINGS

- Strong collaborative research and policy partnerships such as the Saskatchewan Population Health Promotion Partnership and Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit have played a significant role in the evolution of population health approaches in Saskatchewan.

- The 2004 provincial Population Health Promotion Strategy requires regional health authorities to apply a population health promotion approach to four priority areas: mental well-being; accessible nutritious food; decreased substance use/abuse; and active communities.

- Key vehicles for intersectoral collaboration among provincial departments are the Human Services Integration Forum and, at a regional level, Regional Intersectoral Committees.

11.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

The development of population health policy in Saskatchewan has been shaped by a number of key initiatives dating back to when the health care sector was restructured in the early 1990s. The restructuring resulted in the creation of 30 district health boards (merged in 2002 into Regional Health Authorities (RHAs)) that were given the responsibility to plan, manage, integrate and deliver a range of health services in their districts, including: assessment of the health needs of the population served, assessment and case management of individuals, illness prevention, home-based services and hospital care. A needs-based formula was introduced to fund them.

Following extensive community consultations, the Saskatchewan Provincial Health Council released *Population Health Goals for Saskatchewan* in 1994. This recognized the broad range of factors that determine or influence health and provided a framework to improve the health status of people and communities in Saskatchewan. The goals were: 1) Reassess what determines health; 2) Social justice and equity; 3) Supportive families and communities; 4) A healthy physical environment; 5) Health promotion; and 6) Shared responsibility.[175]

---

[174] The information presented in this chapter is based on a paper commissioned by the Subcommittee and prepared by Bev Nickoloff and entitled, *Saskatchewan's Experience in Adopting and Implementing a Population Health Paradigm*, November 2007.

[175] Saskatchewan Provincial Health Council, *Population Health Goals for Saskatchewan*, October 1994. A follow-up document, *Your Health, My Health, Our Health: Our Individual and Collective Responsibilities – A Discussion Paper on the Determinants of Health*, was released in 1996.

To strengthen population health approaches in Saskatchewan, an intersectoral alliance called the Saskatchewan Population Health Promotion Partnership was launched in 1996.[176] The partnership coordinated the development of a conceptual framework to guide the work of RHAs in the promotion of population health (discussed below), led demonstration projects on a population health prevention approach to prevent type 2 diabetes, and organized health promotion summer schools, training events, and research on evaluation.[177]

In 1999, the government issued *Population Health Promotion Framework for Saskatchewan Regional Health Authorities* with definitions, principles and strategies for population health promotion to help RHAs understand their role in promoting population health and to provide insights on how to work effectively with other sectors.[178]

Healthier Places to Live, Work and Play: A Population Health Promotion Strategy for Saskatchewan was released[179] in 2004, to provide a framework for the promotion of population health at the local, regional and provincial levels; it also defined four long-term priorities for the promotion of population health: mental well-being; accessible nutritious food; decreased substance use/abuse; and active communities. The Strategy highlighted the need of those working in the health sector to work with other sectors, government departments and external stakeholders to make and sustain change leading to improvements in the health of individuals and communities. In addition to outlining the vision, framework and priority issues for the promotion of population health in the province, the Strategy was intended to support other key government initiatives such as primary health care reform, and its Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy.

---

(176) Initial partners included: Health Canada; Saskatchewan Health's Population Health and District Management Services Branches; the Prairie Region Health Promotion Research Centre; the provincial health districts, through representatives of the Health Promotion Contacts Group; the Saskatchewan Association of Health Organizations; the Saskatchewan Public Health Association; the Human Services Integration Forum; the Métis Family and Community Justice Services; the Federation of Saskatchewan Indian Nations; and the Saskatchewan Indian Federated College.

(177) Lewis Williams, "Health Promotion in Saskatchewan: Three Developing Approaches," in in Michel O'Neill et al., *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, 2nd edition, Toronto: Canadian Scholars Press, 2007; and Natalie Kishchuk, "Case Studies of the Regional Mobilization of Population Health," Prepared for the Regional Offices, Population and Public Health Branch, Health Canada, 2001, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/case_studies/index.html

(178) Saskatchewan Health, *A Population Health Promotion Framework for Saskatchewan Regional Health Authorities*, 1999, http://www.health.gov.sk.ca/health-promotion-framework

(179) Saskatchewan Health, Healthier Places to Live, Work and Play: A Population Health Promotion Strategy for Saskatchewan, 2004, http://www.health.gov.sk.ca/phb-promotion-strategy

The government has partnered with RHAs to apply population health promotion initiatives. Saskatchewan's RHAs have each developed its own regional population health promotion strategies based on the provincial strategy but reflecting each region's needs, priorities, resources, and capacity; these are updated annually. For example, RHA activities contributing to the accessible nutritious food and active communities priorities of the Strategy include:

- Building capacity to support access to nutritious, affordable food, including food costing, good food boxes, community kitchens, leadership development, and food charters;
- Implementing health region and school food/nutrition policies including the collection of baseline data in September 2006 to monitor progress;
- Establishing partnerships to support the work of the sport and recreation sectors;
- Addressing barriers to physical activity through infrastructure changes, active transportation, facility access, and cost-reduction initiatives; and
- Working to increase breastfeeding rates including development of policies and the creation of an indicator to monitor progress.

Although some funding is provided according to needs-based population formulas, historical utilization expenditures continue to dominate the allocation of resources to RHAs rather than an understanding of the population health needs in a given region. Integration of physician services and social and educational services is still more rhetorical than real. The province does have, however, a network of Regional Intersectoral Committees (RICs) that promote integrated human service policy development and planning, in a manner consistent with a population health approach.

The ten RICs are each staffed by a coordinator who helps the committee carry out its mandate and helps to build community capacity. Each committee is made up of representatives of the provincial and federal government departments, health districts, school divisions, Regional Colleges, the Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology, housing authorities, police, tribal councils, Métis organizations, and community organizations.[180] Their activities include:

- Working to support community-based planning systems for human services.
- Establishing data collection/information sharing strategies including the development of community profiles in some regions.
- Encouraging the formation of interagency groups or action teams to address issues affecting vulnerable children, youth and families and, in particular, early childhood and youth at risk.
- Supporting existing community interagency groups with planning advice, project funding, and communication support.

---

[180] Saskatchewan Ministry of Education, "Regional Intersectoral Committees," http://www.sasked.gov.sk.ca/hsif/rics.shtml

- Coordinating local reviews of a variety of projects supported by, for example, Prevention and Support Grants, Community Initiatives Fund, federal Population Health, National Crime Prevention funding, etc.
- Supporting the implementation of an integrated case management approach for cases with complex needs.
- Facilitating community involvement in consultation processes such as Early Years, National Children's Agenda and the Role of Schools.

The RICs are supported provincially by the Associate and Assistant Deputy Ministers' Forum on Human Services which was formed in the fall of 1994 in response to the need for coordination by senior government and growing demand for holistic,integrated human services. The Forum was restructured in 1999 and renamed the Human Services Integration Forum (HSIF). It is led by a Steering Committee made up of the following departments:[181] Education; Justice, Health; Corrections and Public Safety; Community Resources and Employment; Culture, Youth and Recreation; First Nations and Métis Relations; and the Executive Council.

The objectives of the Forum are to: establish and maintain mechanisms to promote and facilitate interagency collaboration, integrated planning and service delivery; to identify and address barriers; to provide funding and policy support; to provide educational supports to human service providers; and, to make the most efficient and effective use of resources. Its policy planning and program development priorities have included early childhood development, youth and citizens in vulnerable circumstances.

11.3 MONITORING AND EVALUATION

In 1999, the Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit (SPHERU) was established as a non-profit research institute by the University of Regina, the University of Saskatchewan, Saskatchewan Health, the Saskatchewan Association of Health Organizations, and the Health Services Utilization and Research Commission. Since its creation, SPHERU has played a key role in promoting research into population health. Research undertaken by SPHERU is currently organized into three theme areas: northern and Aboriginal health; healthy children, and; rural health.[182]

---

[181] Saskatchewan Ministry of Education, "Human Services Integration Forum," http://www.sasked.gov.sk.ca/hsif/index.shtml

[182] Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, "About Our Work," http://www.spheru.ca/home

The government's provincial strategy requires RHAs to report on their regional population health promotion strategies. In 2006-2007, for example, the Saskatoon Regional Health Authority's Annual Report discussed the health-related behaviours that were influenced by economic and social conditions in its region as well as reporting progress toward the goal of effective health promotion and disease prevention.[183]

[183] Saskatoon Regional Health Authority, *2006-2007 Annual Report to the Minister of Health and the Minister of Healthy Living Services*, 2007, http://www.saskatoonhealthregion.ca/about_us/documents/shr_annual_report_2006_07.pdf

CHAPTER 12: THE TERRITORIES[184]

12.1 MAIN FINDINGS

- The Territorial governments have documented prominantly the role of the determinants of health in the well-being of northern populations.

- The dynamics of the interplay and importance of the determinants of health differ in the North from the rest of Canada because of the different realities that apply, including the North's proportionally larger Aboriginal populations and remoteness.

- The Northwest Territories has made longstanding efforts to implement a population health approach to policy and programs in its Department of Health and Social Services and across the government, but it has met with challenges.

- Given the difficulties of sampling in northern communities – mainly small sample sizes – northern communities find themselves poorly represented in research on population health. Nevertheless, relevant measures have been incorporated into territorial health status reports and appear increasingly in performance reports.

12.2 DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

In recent decades administrative structure and the responsibilities of northern governments have changed substantially. The transfer of health service delivery to the territories, the creation of Nunavut, and the increased role of First Nations in health and social service delivery have all contributed to a dynamic policy and program environment.

The interplay of the determinants of health is markedly different in the north than in southern Canada. Development of natural resources in Aboriginal communities is often characterized by rapid, dramatic growth followed by economic decline that often generates profound social and cultural change and exacerbates health problems. The remoteness of northern communities creates challenges for the population's access to affordable, nutritious food. Adequate shelter is harder to provide in the harsh climate. An assessment of self-perceived health among northern residents acknowledges the social, societal and cultural forces, including community participation, family support and access to culturally-sensitive health care, that affect a wide range of health determinants.

(184) The information presented in this chapter is based on a paper commissioned by the Subcommittee and prepared by Laura Corbett, *Population Health Policy in the Territories*, October 2007.

i. Northwest Territories

The Northwest Territories has lead in taking a coherent, coordinated approach to improving population health. Following the direction of a Special Committee on Health and Social Services in 1994,[185] health programs and social services were combined in the Department of Health and Social Services where an emphasis was placed on promotion and prevention, and recognizing the contributions of housing, environmental health, income support and education on population health.

Considerable attention was given to integrating the provision of social services and ensuring a continuum of care. In 1997, the *Northwest Territories Health and Social Services Draft Strategic Plan*[186] made the case for integration for functional and client-service reasons. Functionally, the alignment of financial, human resource and information management across operating units added value to the system. From the client's perspective, the advantage of integration was not only the coordination of care but maintenance of its continuity, the requirement of efficient communication among care providers, easy transfer of information, and the availability of resources and efforts sufficient to ensure that the provision of services to those in need. From both perspectives, the provision of services can be improved through integration while costs are contained by economies of scale and capitation-based funding.[187]

The Strategic Plan laid out the department's commitment to population health in terms of the outcomes and health status of the population served. Formal accountability was proposed for outcomes which are influenced by lifestyle and environmental factors, thereby reinforcing the first strategic goal of health and social services integration − that of ensuring that residents of the Northwest Territories live healthy lifestyles in a healthy environment .[188]

---

(185) Government of Northwest Territories, *Renewed Partnerships: In Response to Talking and Working Together. The Final Report of the Special Committee on Health and Social Services*, Yellowknife: Legislative Assembly, Government of the Northwest Territories, 1994.

(186) Med-Emerg International, *Northwest Territories Health and Social Services Draft Strategic Plan*, Yellowknife: Northwest Territories Department of Health and Social Services, 1997, http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp

(187) Capitation is described as a funding system wherein a fixed envelope of money is transferred to the integrated unit based on the size, demographics and needs of its rostered population. Surpluses or deficits are retained by the integrated unit. Retention of surpluses provides an incentive to promote health and prevent illness, and thereby save on treatment costs.

(188) Med-Emerg International (1997), *op. cit,* p.17.

The Government of the Northwest Territories responded in 1998 with *Shaping Our Future: A Strategic Plan for Health and Wellness.*[189] This outlined the four health and wellness objectives of the Department of Health and Social Services: 1) Improving health status; 2) Improving social and environmental conditions; 3) Improving the integration and coordination of health and social services, including those provided by private providers, government bodies, non-government agencies and the voluntary sector; and 4) Devising more responsive, responsible and effective methods to deliver and manage services.

Given the range of determinants that affect health status and the particular social and environmental conditions that apply in the North, the Department was clear that the involvement of many agencies and the support of the public were both crucial in addressing determinants of health such as education, culture, housing, employment, economic conditions and the physical environment. It envisioned its role as a catalyst, ensuring that other departments, agencies and governments have the information needed to think broadly when setting policies and priorities and making decisions that impact population health and well being.

As elsewhere in Canada, the Strategic Plan faced challenges in implementation. A report in 2001 found that the health and social services system was flawed and under considerable stress: front-line staff were frustrated by a lack of resources; managers were struggling to meet what often appear to be unrealistic expectations relating to service delivery, reporting, and the measurement of results; and the failure of the various players to cooperate impeded the delivery of truly comprehensive, integrated services.[190] This report also noted that many other studies had already come to the same conclusions and repeatedly made many of the same recommendations, to repair a continuing lack of action or progress.

Acknowledging the need for change, the *NWT Health and Social Services Action Plan 2002-2005* promised a number of reforms, including providing greater support to staff, improved system-wide management and accountability, the establishment of forums for joint planning of

(189) Northwest Territories Health and Social Services, *Shaping Our Future: A Strategic Plan for Health and Wellness,* Yellowknife: Department of Health and Social Services, 1998, http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp

(190) George B. Cuff & Associates, *It's Time to Act: A Report on the Health and Social Services System of the Northwest Territories,* June 2001, http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp

interdepartmental initiatives, and a more careful alignment of operational strategies with the department's strategic plan.[191]

In 2004, NWT Health and Social Services committed to an Integrated Service Delivery Model that clarified service integration and professional collaboration, organizational integration, and defined a set of core services that would be available within the health and social services system.[192] Those core services included, among others, health protection, promotion and prevention, with a focus on healthy lifestyles and risk behaviours. The model made clear the proposal of an integrated and well-funded system for prevention and promotion, one that would not be overshadowed by treatment services, using a population health approach supporting a primary community care model of delivery. In the 2006-2010 Action Plan, health promotion and protection services included deliverables related to unhealthy behaviours, homelessness and healthy school programs.[193]

ii. Yukon

Its 2003 Health Status Report revealed the clear understanding of the Yukon on the importance of the determinants of health and described how they influence health. It also presented indicators of education, employment and income.[194]

The health promotion approach was reinforced in the *Report to the Yukon Public on the Primary Health Care Planning Forum* which was called to address a number of principal health issues, including alcohol and drug abuse and chronic disease, and included also a focus on reducing health disparities.[195] The Forum recommended further support for an Interdepartmental Collaboration Initiative between the departments of Justice, Education and Health and Social Services to improve working relationships and reduce barriers to information sharing.

---

(191) Northwest Territories Health and Social Services, *NWT Health and Social Services Action Plan 2002-2005*, Yellowknife, 2002, http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp

(192) Northwest Territories Health and Social Services, *Integrated Service Delivery Model for the NWT Health and Social Services System*, Yellowknife, 2004, http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp

(193) Northwest Territories Health and Social Services, *NWT Health and Social Services System Action Plan 2006-2010*, Yellowknife, 2006, http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp

(194) Government of Yukon Health and Social Services, *Yukon Health Status Report 2003*, November 2003.

(195) Government of Yukon Health and Social Services, *Report to the Yukon Public on the Primary Health Care Planning Forum*, November 2003, http://www.hss.gov.yk.ca/downloads/phctf_report.pdf

, After a period of during which Yukon's housing programs, health promotion and public health programs, and family and mental health services were eroded, investment in the non-medical determinants of health appears to have been needed urgently.[196] The Yukon has used its share of funds from the federal Northern Strategy Trust to implement the Yukon Charter, which contains a number of initiatives that address determinants of health, including:

- Investing at the community level in educational resources that recognize and are responsive to community needs.
- Producing a strategy to enhance federal initiatives that address healthy, adequate, affordable, and culturally relevant housing and related infrastructure.
- Working jointly to provide to Yukon communities [197]the resources need to adapt to climate change.

iii. Nunavut

Created in 1999 from partition of the Northwest Territories, Nunavut covers one-fifth of the land mass of Canada; its population of 31,113[198] in 2007 is distributed in 25 communities accessible for the most part only by air. The Nunavut Department of Health and Social Services has a 12-member Population Health Division which directs health promotion activities delivered through community health centres located in every community. Health promotion initiatives have included improving access to nutritious foods, prenatal and child development programs, and strategies to address such communicable diseases as tuberculosis and sexually transmitted infections.[199]

In 2005 a Government of Nunavut workshop on the social determinants of health identified as health determinants as acculturation, self-determination, education, quality of early life, productivity, income and its distribution, food security, health services, the social safety net, housing, and the environment[200].

---

[196] Canadian Health Coalition, *Northern Health Care: On Thin Ice?* Ottawa: Canadian Health Coalition, 2003, http://www.healthcoalition.ca/north-report.pdf

[197] Government of Yukon Northern Strategy Trust, *Northern Strategy: Yukon Chapter*, Draft, April 26, 2005, http://www.eco.gov.yk.ca/igr/pdf/yukon_chapter_northern_strategy.pdf.

[198] Statistics Canada, "Canada's Population by Age and Sex," *The Daily*, 29 November 2007. ,http://www.statcan.ca/Daily/English/071129/d071129c.htm

[199] Carol Gregson *et al.*, "Health Promotion in Nunavut: Inspired by Design" in Michel O'Neill et al., *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, 2nd edition, Toronto: Canadian Scholars Press, 2007.

[200] Nunavut Department of Health and Social Services, *Social Determinants of Health in Nunavut - Workshop Report* , Iqaluit: Government of Nunavut, 2005.

12.3 MONITORING AND EVALUATION

National surveys by Statistics Canada typically involve separate data collection for the territories because of the special challenges of surveying in Canada's North. Between Statistics Canada's and the Yukon government's figures[201] discrepancies occur. Often those challenges result in the omission of residents of the Yukon, Northwest Territories and Nunavut from survey sampling entirely. Furthermore, sampling problems and the statistical techniques peculiar to small sample sizes act to deter exploration of datasets which could inform local decision-makers or provide timely information on pertinent health issues. The problems of small to modest sample sizes, the small number of outcomes measured, and the paucity of cases often mean that analyses are impossible at the community level and challenging even regionally.[202] Frequently results of sampling the three territorial populations are combined into a single 'Territories' sample, or worse -- northern residents are simply omitted from the final reports of national studies.[203] Because northern communities are poorly represented in research results, they become suspicious of the research process itself, making the development of evidence-based policies and programs a special challenge.

Another aspect complicating research in the North is the rural and remote nature of northern communities. On those occasions when the health status of rural Canadians is studied, the research tends to emphasize a particular region or province, to consider a single aspect of health, or to employ a single data set.[204] From an evaluative perspective, knowledge of the northern experience is limited not only by a research agenda that tends to be dictated by evidence derived from the south but by an approach to research that fails to appreciate traditional knowledge and community participation. Although the established research paradigm has begun to accommodate community-based research and to incorporate the interests, priorities and skills of Aboriginal communities, the overall level of engagement, dissemination of specialized knowledge, and training of Aboriginal stewards of the determinants of health in the North remain unrealized. Although many published studies have

---

(201) CBC News, "Census Numbers Flawed, Yukon Says," 15 March 2007. http://www.cbc.ca/canada/north/story/2007/03/15/yk-census.html

(202) Northwest Territories Health and Social Services. (2003). *NWT Health and Social Services Performance Measurement and Reporting.* Yellowknife: Northwest Territories Health and Social Services, http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp

(203) Social Agenda Working Group, *Social Agenda – A Draft for the People of the NWT,* Yellowknife, 2002, http://www.gov.nt.ca/research/publications/pdfs/Social_Agenda_Book.pdf

(204) Canadian Population Health Initiative, *How Healthy Are Rural Canadians? An Assessment of Their Health Status and Health Determinants,* Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2006, http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/rural06/pdf/rural_canadians_2006_report_e.pdf

considered the health of Canada's Aboriginal population, not much research has been done to address the full spectrum of the determinants of health.[205]

Despite these challenges, the performance measurements and reporting done by the Northwest Territories and Yukon Departments of Health and Social Services set remarkable examples. The *Northwest Territories Health Status Report* presents not only health status and mortality indicators, but social, economic and environmental influences on health, personal health practices, measures of social well-being and, in the 2005 edition, healthy child development.[206] It also includes an introductory passage referring to the wider literature to create understanding of the relationship between each determinant and health status. It does not attempt, however, to link its own data on health determinants data and population health. The same strengths and limitations apply also to the *Yukon Health Status Report.*[207] In Nunavut, population health reporting seems to be largely confined to documenting its comparable health indicators as part of the commitments made in the September 2000 First Ministers Communiqué on Health which encouraged all Health Ministers to employ comparable indicators to report provincial/territorial health status, health outcomes and quality of service.[208]

---

(205) T. Kue Young, "Review of research on aboriginal populations in Canada: relevance to their health needs," British Medical Journal, Vol.327, pp419-422, 2003 http://www.bmj.com/cgi/reprint/327/7412/419

(206) NWT Health Status Reports using a population health framework date back to 1999. As the first health status report after the creation of Nunavut, it serves as the baseline against which future progress has been gauged. The most recent is: Northwest Territories Health and Social Services, *NWT Health Status Report 2005,* Yellowknife, 2005, http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp

(207) Yukon Health and Social Services, *Yukon Health Status Report 2003,* Whitehorse, 2003, http://www.inchr.org/Doc/November05/healthstatus03.pdf

(208) Nunavut Department of Health and Social Services,*Comparable Health Indicators for Nunavut and Canada*, Iqaluit, 2004, http://www.gov.nu.ca/health/PIRCenglishlow.pdf

CHAPTER 13: COMPARATIVE ANALYSIS

The preceding chapters have summarized the extent to which population health policy has been developed, implemented and evaluated in Canadian jurisdictions. This chapter summarizes the lessons learned from reviewing and comparing the federal, provincial and territorial approaches to the improvement of population health and the reduction of health disparities.

13.1 THE CONCEPT OF POPULATION HEALTH

Population health is not a new concept. Its first prominent elaboration in Canada was in the 1974 Lalonde report, a landmark document recognized worldwide. Subsequently the concept has evolved to include an emphasis on reducing health disparities in addition to the focus on improving overall health status. In the past three decades, since the Lalonde report, the federal and all provincial/territorial governments have devoted considerable attention to population health and the F/P/T Advisory Committee on Population Health has been instrumental in advancing this concept.

Yet, there remains a lack of knowledge about and understanding of the determinants of health, population health and health disparities, all of which are usually lumped together with the highly politically-sensitive responsibility for treatment services under the aegis of health departments. Only one in three members of the general public understands that the broader non-medical determinants of health – e.g. income, education, housing, etc. – are linked to health.[209] Canada's politicians and media have not succeeded in engaging the public in appreciating the importance of the non-medical determinants of health or, indeed, of optimizing the health of the population. The profound structural changes needed to secure investment in population health will only occur if and when public awareness of its importance is raised and political will developed. Because politicians are accountable to the public, changes that do not have broad public support are difficult to sustain. For changes that require long timelines before the desired outcomes are achieved, a solid public understanding of the policy process is essential; otherwise it cannot be sustained over multiple terms of political office. As described above, reforms in a number of provinces have been cut short by a change of government.

---

[209] Elyzabeth Gyorfy-Dyke, Social Determinants of Health in Canada, Canadian Population Health Initiative, Canadian Institute for Health Information, 8 November 2005. http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/SDOH_Sept_2005.pdf

Within governments, the discourse on population health and health disparities has, for the most part, been confined to health departments and health service researchers. Some 58% of senior Canadian federal and provincial civil servants surveyed from across government departments describe themselves as quite or very familiar with the determinants of population health, but 83% of them reported that they needed more information about the health consequences of the policy alternatives their departments faced. Some 45% of respondents from finance departments do not believe that they should consider the health impact of all major government initiatives, compared to 20% in labour and 6% in health and social services departments.[210] This suggests that, although a strong promoter of the population health approach, the health sector has not convinced other non-health sectors to commit to long term, sustained interdepartmental initiatives to address either population health or health disparities.

13.2 HEALTH GOALS AND TARGETS

Every province articulated health goals between 1989 and 1998; the F/P/T Ministers of Health established health goals for Canada in 2005. Inspired by the WHO "Health for All" movement launched in 1984, health goals appealed to policy-makers, at least in part, because they offered a rational approach to policy-making that was thought to generate effective and efficient outcomes and goal-specific measurable objectives, indicators, targets, strategies and actions.[211]

By the end of the 1990s, however, health goals to guide population health policy development, implementation, or evaluation were no longer being used explicitly in most provinces, having been replaced by business plans in the majority of health departments and regional authorities. In regional health authorities policy makers have given health care system goals continued dominance over all others.[212]

---

[210] John N. Lavis *et. al*., « Do Canadian Civil Servants Care about the Health of Populations?" *American Journal of Public Health*, April 2003, pp. 658-663. http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/93/4/658

[211] Treena Chomik and James Frankish, "Factors that facilitated and challenged the development of health goals and targets," *Canadian Journal of Public Health*, 1999, S39-S42; Martin McKee and Naomi Fulop, "On target for health," *British Medical Journal*, 2000, 327-328.

[212] Deanna L. Williamson et al., "Implementation of Provincial/Territorial Health Goals in Canada", *Health Policy*, Vol.64, 2003, 173-191.

Despite the development of high level health goals across the country and their endorsement by F/P/T Ministers of Health, to date these goals have not evolved into a national strategy nor have they been transformed into measurable changes in the health of the population. Moreover, national targets to reduce health disparities have not been set.

Clearly, setting health goals can help galvanize the shift of resources toward population health and stimulate the monitoring of progress on health indicators and of improvements in health information systems. But, for political leaders, goals and targets are a double-edged sword – they lead to inceased accountability for quantifiable health improvements, require the re-allocation of scarce resources to actions designed to meet those goals, and end up a risk to re-election if the targets are not met.[213]

13.3 HEALTH IMPACT ASSESSMENT

The most powerful of the determinants of health are not themselves within the purview of the health sector. Policies made in sectors other that health have the greatest potential to improve (or worsen) population health and well-being and to reduce health disparities. They should, therefore, be assessed for their potential impact of health prior to their implementation. Health impact assessment (HIA) is a formal approach used to predict the potential effects of a policy; particular emphasis can be also paid to the impact on health disparities.

In 1997 a submission to the federal Cabinet recommended that HIA be used to assess the health impacts of federal policies and programs. Similarly, the use of HIA has been recommended in a number of provinces. To date, however, only Québec has passed legislation to ensure that the health impacts of proposed laws and regulations are assessed. This legislation empowers the Minister of Health to issue proactive advice to other Ministers with the goal of promoting health and supporting policies that foster the health of the population. The application of HIA more broadly would be one of the first steps towards the development of population health policy; it would also lead to a better understanding of how and how much public policies impact on the health of the population.

(213) Treena Chomik and James Frankish (1999), *op. cit.*

13.4 MONITORING, EVALUATION AND RESEARCH

Population health-related data and research capacity has improved significantly in Canada. Survey data on population health, health determinants and health disparities are available and many health research programs focus on the non-medical determinants of health.

Nationally, the significant health knowledge infrastructure includes the Canadian Population Health Initiative within CIHI, the National Collaborating Centres, as well as federal departments and agencies such as Statistics Canada, Health Canada, the Canadian Institutes of Health Research, and the Public Health Agency of Canada. At the provincial level, the Manitoba Centre for Health Policy has a unique, comprehensive, integrated data repository that not only generates sound information on patterns of care and profiles of illness but also links health to various health determinants, including income, education, employment and social status. In Newfoundland and Labrador, the Community Accounts provide key social, economic and health data and indicators by region. The B.C. Health and Wellness Survey is another promising tool to improve the evidence and information base available to policy makers taking a population health approach. Taken together, these new tools and research organizations equip Canada with an unprecedented opportunity to inform policy- and decision-making by governments and others, measure outcomes, and effect positive changes in population health policy. It is important to ensure that all national surveys and initiatives be coordinated with the work of provincial, territorial and local knowledge infrastructures and university centres.

A number of issues remain, however. For example, consensus is needed on which indicators best monitor trends in health disparity. Data collection must be improved; population health data are not always readily available at the territorial or regional level, or at a neighbourhood level. And while much research is being done on population health and health disparities, more practical evidence-based conclusions are needed on what works and what doesn't in terms of population level policy and program interventions. More needs to be done to increase our understanding of the policies and programs we need to put in place to improve population health and reduce health disparities.[214]

---

[214] Glenda Yeates, CPHI at CIHI, *Brief to the Subcommittee*, 13 February 2008.

13.5 ROLE OF THE HEALTH SECTOR

So-called "health imperialism" is a course of high level concern. Health departments may be seen to be dictating to other sectors what they should do, especially if the health sector has not itself taken significant action. It is not enough to acknowledge that the essential role of other sectors in leveraging policy within their domains to address the determinants of health and reduce health disparities; those other sectors have to generate "credit" publicly and with their political masters. The main challenge for health departments is to persuade, encourage and engage the other departments whose programs have an impact on the non-medical determinants of health to participate in the development of population health policy. A formal commitment by the government would greatly facilitate this process of intersectoral action.

13.6 REGIONALIZATION

Although all provinces have gone through a process of regionalizing health care delivery, the focus on and use of the determinants of health by regional health authorities (RHAs) is highly variable. While some RHAs use population health frameworks to guide the planning and delivery of services, these are the exceptions rather than the rule. A survey of health regions across Canada found that even among the exemplary RHAs in this respect, the determinants of health that are addressed vary. Child development and personal health receive the greatest attention, both internally and through intersectoral activities, while culture, gender and employment/working conditions receive the least. Furthermore, there are few institutional incentives to intersectoral coordination with agencies concerned with other determinants such as education, housing, or early childhood development when vertical reporting requirements remain sectorally-driven.[215]

Where regional bodies have attempted to use population health as a framework for planning and decision-making, training, tools and support from higher levels has been required. This was noted in Prince Edward Island, where regionalization weakened inter-regional cooperation. British Columbia is responding to the need for support of population health staff in RHAs through its Population Health Network.

---

[215] Frankish, C. J., Moulton, G. E., Quantz, D., Carson, A. J., Casebeer, A. L., Eyles, J. D., Labonte, R. & Evoy, B. E., "Addressing the Non-Medical Determinants of Health: A Survey of Canada's Health Regions," *Canadian Journal of Public Health*, 98(1), 2007, pp. 41-47.

13.7 FUNDING

Although the federal Cabinet formally adopted a whole-of-government population health policy in 1997, significant funding cuts impeded its implementation. Only one out of the 18 departments implicated in the proposed policy, Health Canada, moved to apply a population health lens to its programs and initiatives. Similarly, the implementation of population health policy in Prince Edward Island was significantly curtailed by cuts in federal transfer payments which, in turn, resulted in reductions to the provincial spending devoted to population health. Provincial population health initiatives that were coincident with reductions to federal transfers in the mid-1990s have fallen victim to the unfortunate timing. This, combined with continuing greater-than-inflation rates of growth in health care costs, have seriously compromised and sometimes doomed population health reforms led by the health sector.

Another funding issue related to population health reform involves reallocation of budgets. In Ontario, one Local Health Integration Network that is trying to apply a population health perspective has found funding reallocation to be a high barrier to investments in health's non-medical determinants. Funding mechanisms have not yet been reconfigured to facilitate greater emphasis on and funding for health promotion and disease prevention, much less non-medical determinants, as opposed to the continuing high costs of health care delivery.[216]

13.8 INTERSECTORAL ACTION

Because Canada's provinces and territories have direct responsibility for many of the most significant determinants (education, income security and employment, health services, early childhood development, housing, etc.), it is at that level that the most promising opportunities for interdepartmental approaches are to be found. In provinces such as Québec, Prince Edward Island (during the time of its population health reforms) and the Northwest Territories, in which health and social services are combined in one department, policy coordination relating to the full range of health determinants can be simplified.

---

[216] Dr. Andrew Pipe, University of Ottawa Heart Institute, *Proceedings*, 6 February 2008.

Provinces have used a wide range of mechanisms to implement whole-of-government policy priorities. These have been led by Cabinet Committees, interdepartmental (ADM) working groups, and Premier's Councils and leadership from the top in some cases. Current whole-of-government approaches tend to be too narrowly structured around singular health determinants, such as ActNow BC's focus on personal health practices, early childhood development by Healthy Child Manitoba, or poverty with Québec's anti-poverty action plan.

Some regional intersectoral structures located outside health departments also seem to be effective in promoting collaboration and partnerships; examples include regional steering committees in Newfoundland and Labrador and regional intersectoral committees in Saskatchewan.

The example of the F/P/T Advisory Committee on Population Health is noteworthy given its successful brokering of intergovernmental consensus. The Committee was able to achieve provincial, territorial and federal consensus followed by collaboration in the production and support of policy directions on population health. The Committee played a key role by taking a long term, integrated view of the health of the population and forging policy coherence across all affected sectors. But, despite the commitment in principle to address health disparities that has been secured at the F/P/T level, there has yet to be agreement on a list of recommended actions and the designation of an organization to play a leadership role in addressing health disparities throughout Canada. Why the wonderful efforts at the F/P/T level have failed to convert into concrete action must be better understood.

Nor has the federal government succeeded in implementing a comprehensive, whole-of-government approach to population health, despite the fact that Health Canada has developed a template that provides guidance to successful implementation of population health policy in both the health and non-health sectors Nevertheless, there have been successes and much has been learned. For example, the National Family Violence Initiative brought together seven federal departments with provincial/territorial governments, community groups, professional associations, and private sector organizations to develop an intersectoral response for the prevention of family violence.

The extensive efforts by our governments described above, suggest that there is no one single set of policy initiatives nor intersectoral mechanism that is "right" to enhance population health

or reduce health disparities. While Canada has accumulated a lot of experience upon which to build, it remains that the production of policy statements, strategies, goals and objectives has not been matched by comparable action on the ground where people's health is actually affected. Sadly, the great majority of those fine policy statements that have been produced by the federal, provincial and territorial governments since the Lalonde report, 30 years ago, to foster greater emphasis on the non-medical determinants of health, population health, and health disparities remain little more than well-meaning but empty rhetoric. Canadians deserve better!

13.9 WHY DO SERIOUS HEALTH DISPARITIES PERSIST IN CANADA?

Despite all the resources and the numerous government programs and initiatives described in this report, Canada does not necessarily rank very much better by international comparisons. For example, WHO data indicate that Canada ranks 9th among 30 countries in terms of healthy life expectancy at birth for women. Moreover, Unicef statistics show that we rank only 12th among 21 industrialized countries in terms of children well-being. And the recent release of the Euro-Canada Health Consumer Index places Canada 23rd out of 30 in Total Index Score, and 30th out of 30 in Best Value for Money Spent. In other words, this index shows that we spend more money on health care to achieve worse results than the other countries surveyed.

These sobering numbers tell us we are doing something terribly wrong regarding health and the health care delivery system. At first glance, this would appear to be a lack of concentration and investment on population health and an over-investment in a very inefficient health care delivery system. The other major reason would appear to be the lack of adequate community resources that could integrate and evaluate the health resources in relation to other dozen or so major determinants of health.

Hopefully our study can assist governments, the business sector and NGOs to come together and solve this disturbing situation because poor population health and health disparities produce a barrier to prosperity.

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

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
University of British Columbia - Department of Psychology	Dr. Michael J. Chandler, University of British Columbia	02-05-2007	3

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
	Professor and Distinguished Canadian Institutes for Health Research (CIHR) and Michael Smith Foundation for Health Research (MSFHR) Investigator		
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
Manitoba Métis Foundation	Dr. Judy Bartlett, Director of Health and Wellness Department and Associate	31-05-2007	4

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
	Professor, Department of Community Health Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba		
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

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
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. Piroska 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
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	11-12-2007	2

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
	General of Health Improvement		
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
Public Health Agency of Canada	Jim Ball, Director General, Strategic Initiatives & Innovations	27-02-2008	3
Finance Canada	Yves Giroux, Acting Director, Social Policy	27-02-2008	3
Treasury Board of Canada	Sally Thornton, Indian Affairs and Health	27-02-2008	3

SENATE SÉNAT

POLITIQUES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION : PERSPECTIVES FÉDÉRALE, PROVINCIALE ET TERRITORIALE

Troisième 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-président
L'honorable Lucie Pépin

Avril 2008

This document is available in English

Disponible sur l'internet Parlementaire:
www.parl.gc.ca
(Travaux des Comités – Sénat – Rapports)
39e législature – 2ième session

TABLE DES MATIÈRES

ORDRE DE RENVOI i
MEMBRES ii
RÉSUMÉ 1
INTRODUCTION 3
CHAPITRE 1 : GOUVERNEMENT FÉDÉRAL 5
1.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS 5
1.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE 6
1.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION 15
1.4 LA SANTÉ DES AUTOCHTONES 19
CHAPITRE 2 : ALBERTA 21
2.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS 21
2.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE 21
2.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION 25
CHAPITRE 3 : COLOMBIE-BRITANNIQUE 27
3.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS 27
3.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE 27
3.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION 31
CHAPITRE 4 : MANITOBA 34
4.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS 34
4.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE 34
4.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION 38
CHAPITRE 5 : NOUVEAU-BRUNSWICK 41
5.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS 41
5.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE 41
5.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION 46
CHAPITRE 6 : TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR 47
6.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS 47
6.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE 48
A. Plan social stratégique 48
B. Plan de santé stratégique 49
C. Projet de charte de la santé 50
D. Stratégie de réduction de la pauvreté 51
E. Plan provincial de mieux-être 53
6.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION 55
A. Comptes communautaires 56
B. Étude sur l'apprentissage 57
CHAPITRE 7 : NOUVELLE-ÉCOSSE 59
7.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS 59
7.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE 60
7.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION 64
CHAPITRE 8 : ONTARIO 66
8.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS 66
8.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE 66

8.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION 71
CHAPITRE 9 : ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD 73
9.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS 73
9.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE 73
9.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION 79
CHAPITRE 10 : QUÉBEC 82
10.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS 82
10.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE 82
10.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION 86
10.4 PLAN D'ACTION INTERSECTORIEL POUR LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ 88
CHAPITRE 11 : SASKATCHEWAN 90
11.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS 90
11.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE 90
11.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION 94
CHAPITRE 12 : LES TERRITOIRES 96
12.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS 96
12.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE 96
i. Territoires du Nord-Ouest 97
ii. Yukon 100
iii. Nunavut 101
12.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION 102
CHAPITRE 13 : ANALYSE COMPARATIVE 105
13.1 LE CONCEPT DE « SANTÉ DE LA POPULATION » 105
13.2 OBJECTIFS ET CIBLES EN MATIÈRE DE SANTÉ 106
13.3 ÉVALUATION DES INCIDENCES SUR LA SANTÉ 108
13.4 SURVEILLANCE, ÉVALUATION ET RECHERCHE 108
13.5 RÔLE DU SECTEUR DE LA SANTÉ 110
13.6 RÉGIONALISATION 110
13.7 FINANCEMENT 111
13.8 ACTION INTERSECTORIELLE 112
13.9 POURQUOI Y A-T-IL ENCORE DE SÉRIEUSES DISPARITÉS EN SANTÉ AU CANADA? 114
ANNEXE 1 – LISTE DES TÉMOINS 115

Le Comité aimerait remercier les membres du personnel suivants qui ont travaillé fort à la préparation du rapport.

De la Bibliothèque du Parlement :

Odette Madore, analyste
Michael Toye, analyste

Laura Corbett, consultante
Bev Nickoloff, consultante

De la Direction des comités :

Josée Thérien, greffière du Comité, 1re session de la 39e législature
Barbara Reynolds, greffière du Comité, 2e session de la 39e législature

Louise Pronovost, adjointe administrative, 1re session de la 39e législature
Tracy Amendola, adjointe administrative, 2e session de la 39e législature

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:
Les honorables sénateurs: Art Eggleton, C.P., Jim Munson et Hugh Segal

RÉSUMÉ

- Dans le présent rapport, nous examinons les efforts déployés par le gouvernement fédéral et par les gouvernements provinciaux et territoriaux pour élaborer et mettre en œuvre des politiques sur la santé au Canada.

- Le concept de la santé de la population a vu le jour au Canada en 1974 dans le rapport Lalonde; d'abord axé sur l'amélioration de l'état de santé général, il a ensuite porté sur la réduction des disparités en santé.

- Autant le gouvernement fédéral que les gouvernements provinciaux et territoriaux se sont longuement penchés sur la question de la santé de la population. Il n'existe cependant aucun plan national visant à réduire les disparités en santé et à améliorer l'état de santé de la population en général.

- En 1997, le gouvernement fédéral a approuvé un mémoire au Cabinet portant sur la santé de la population; la proposition qui y était présentée faisait appel à 18 ministères ayant pour principal responsable Santé Canada. Le gouvernement n'a toutefois pas réussi à coordonner les activités des divers ministères en raison de compressions de financement non négligeables qui ont entravé la mise en œuvre de la proposition. Seul Santé Canada a pu appliquer une approche axée sur la santé de la population à ses programmes et initiatives.

- En 2001, Santé Canada a élaboré un modèle qui encadre l'application fructueuse de la politique sur la santé de la population dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs. Bien qu'utile, ce modèle n'a pas convaincu les autres secteurs à adhérer à un ambitieux programme d'action concernant la santé de la population.

- Un mauvais état de santé et la souffrance sociale affligent démesurément les populations autochtones. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle important à cet égard en s'attaquant à ces disparités en santé. À l'heure actuelle, 30 ministères et organismes fédéraux offrent aux Autochtones quelque 360 programmes et services, dont le coût s'établit à 8,2 milliards de dollars. Ces programmes et services ne sont cependant pas coordonnés et intégrés de manière à réduire les disparités en santé.

- À Terre-Neuve-et-Labrador et au Québec, la politique sur la santé de la population émane du ministère de la Santé, mais les deux gouvernements ont également des politiques distinctes d'élimination de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Dans d'autres provinces, les approches pangouvernementales actuelles s'articulent généralement autour de déterminants de la santé particuliers, par exemple ActNow BC, qui porte sur les pratiques personnelles en matière de santé, et Enfants en santé Manitoba, initiative axée sur le développement de la petite enfance.

- Entre 1989 et 1998, toutes les provinces se sont fixé des objectifs dans le domaine de la santé, mais, à la fin des années 1990, elles ne les utilisaient plus. En 2005, les

ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux ont établi des objectifs de santé pour le Canada, mais ceux-ci ne forment pas encore une stratégie nationale ni ne se sont traduits par des actions mesurables. Il n'existe pas non plus de cibles nationales pour la réduction des disparités en santé.

- Dans le mémoire au Cabinet sur la santé de la population, présenté en 1997, on recommandait d'évaluer les incidences sur la santé des politiques et programmes fédéraux. De façon analogue, de nombreuses provinces ont favorisé l'utilisation d'outils d'évaluation des incidences sur la santé et, dans un certain nombre de rapports provinciaux, on a recommandé que l'évaluation de ces incidences soit intégrée à tous les mémoires au Cabinet. Jusqu'à maintenant, seul le Québec a adopté des mesures législatives garantissant l'évaluation des incidences sur la santé des projets de loi et de règlement.

- Le Canada dispose de données fiables concernant l'état de santé de la population fondées sur les déterminants de la santé et des données sur les disparités en santé. Au niveau national, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada fournissent des informations fiables. Au niveau provincial, il existe plusieurs sources d'information utiles sur les indicateurs de la santé et sur les disparités en santé, dont le répertoire de données sur la santé du Manitoba, les comptes communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador et l'enquête sur la santé et le mieux-être de la Colombie-Britannique.

- Le Canada joue un rôle important dans la recherche sur la santé de la population; en témoignent les travaux financés ou exécutés à l'échelle nationale par les Instituts de recherche en santé du Canada, le Centre national de collaboration de la santé autochtone, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, de même que les travaux financés ou réalisés au niveau provincial par le Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, l'Institut de la santé publique du Québec, l'Institut de recherche sur le travail et la santé de l'Ontario et la Population Health and Evaluation Research Unit de la Saskatchewan, pour ne nommer que ceux-là.

- Entre 1994 et 2004, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a été l'un des principaux outils de coordination et de dialogue intergouvernementaux dans le domaine de la santé de la population. Ce comité, qui a fourni des conseils à la Conférence des sous-ministres de la Santé du Canada, a joué un rôle de premier plan en adoptant une perspective à long terme et intégrée à l'égard de la santé de la population et en en garantissant la cohérence entre les secteurs d'intervention. En 2004, dans le document intitulé *Réduire les disparités sur le plan de la santé*, le Comité consultatif s'est penché, pour la première fois au Canada, sur les disparités en santé dans une perspective systémique au lieu d'examiner en particulier des populations aux prises avec des disparités.

INTRODUCTION

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a reçu le mandat d'étudier, en vue d'en faire rapport, l'ensemble des facteurs qui contribuent à la santé des Canadiens. Le Sous-comité s'intéresse en particulier aux mesures que devrait prendre le gouvernement fédéral pour mettre en œuvre une politique sur la santé de la population. Dans cette étude, « politique sur la santé de la population » ou « approche axée sur la santé de la population » désigne la politique publique qui vise à réduire les disparités en matière de santé et à améliorer l'état de santé général de la population en s'attaquant d'une façon concertée aux multiples facteurs qui ont une influence sur la santé. Une telle approche nécessite une action intersectorielle : coordination des différents ministères fédéraux, collaboration entre tous les ordres de gouvernement et participation des différents intervenants issus des organisations non gouvernementales, du secteur privé et du secteur communautaire.

Dans les 13 chapitres du présent rapport, nous examinons les efforts déployés par le gouvernement fédéral et par les gouvernements provinciaux et territoriaux pour élaborer et mettre en œuvre des politiques sur la santé de la population. Le chapitre 1er décrit les efforts du gouvernement fédéral, tandis que les chapitres 2 à 12 passent en revue les mesures prises dans chaque province et dans les territoires. Enfin, le chapitre 13 présente un examen comparatif des approches qui ont servi à élaborer et à mettre en œuvre une politique sur la santé de la population dans les différentes administrations du Canada.

CHAPITRE 1 : GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

1.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Le gouvernement fédéral a été reconnu comme chef de file mondial dans la mise en valeur du concept de la santé de la population. Santé Canada a joué un rôle clé dans la promotion de la santé de la population au niveau fédéral et a officiellement adopté un cadre de santé de la population pour ses programmes et initiatives.

- En 1997, le Cabinet a officiellement convenu d'adopter une approche pangouvernementale axée sur la santé de la population qui associait 18 ministères sous la direction de Santé Canada. Toutefois, les fonds engagés pour la mise en œuvre ont par la suite été sensiblement réduits, de sorte que le gouvernement fédéral n'a pas concrétisé l'approche globale.

- Le travail du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a permis d'établir un consensus et une collaboration visant à promouvoir la santé de la population au Canada. Tous les ministres de la santé ont officiellement approuvé l'approche préconisée par le Comité consultatif.

- Santé Canada et le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial ont produit des documents sur la façon de procéder, tant dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs, pour concevoir et mettre en œuvre des mesures intersectorielles d'amélioration de la santé de la population et de réduction des disparités en matière de santé. Bien que jugés utiles dans le secteur de la santé, les documents n'ont pas convaincu les autres secteurs d'adopter cet ambitieux programme.

- Au fil des ans, le gouvernement fédéral a joué un rôle clé dans l'édification d'une bonne infrastructure d'information sur la santé de la population. Il a également beaucoup investi dans la recherche sur la santé de la population et les disparités en matière de santé. Parmi les principaux intervenants du domaine, il y a lieu de mentionner Statistique Canada, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et les centres de collaboration nationale en santé publique.

- En 2005, une étape importante vers l'élaboration d'une politique sur la santé de la population a été franchie lorsque les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé ont convenu d'un ensemble d'objectifs à atteindre. Il appartient à chaque gouvernement de les concrétiser par les moyens qu'il juge les plus appropriés. Jusqu'ici, toutefois, les objectifs ne se sont pas traduits par des mesures concrètes et n'ont pas abouti à une stratégie pancanadienne de la santé de la population.

- En 2005 également, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé ont approuvé la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains,

stratégie intersectorielle visant à accroître la proportion de Canadiens qui font de l'activité physique, ont une alimentation saine et conservent un poids sain sur une période de 10 ans. La stratégie est susceptible de contribuer sensiblement à la réduction des disparités en matière de santé.

- Il existe d'importantes disparités en matière de santé entre les différentes populations et communautés autochtones et entre les Autochtones et le reste de la population canadienne. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de premier plan dans la lutte contre ces disparités. À l'heure actuelle, 30 ministères et organismes fédéraux offrent aux Autochtones quelque 360 programmes et services, qui ne sont cependant pas coordonnés et intégrés de façon à réduire les disparités en matière de santé.

1.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE

Il y a une trentaine d'années, le gouvernement fédéral a été reconnu comme chef de file mondial dans la mise en valeur du concept de la santé de la population. Depuis, le concept a évolué : les efforts sont maintenant davantage axés sur la réduction des disparités en matière de santé que sur l'amélioration de l'état de santé général.

En 1974, le ministre de la Santé de l'époque, Marc Lalonde, a publié un document de travail intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ce rapport, qui légitimait l'idée d'élaborer une politique générale sur la santé de la population, faisait valoir qu'un bon état de santé ne résulte pas seulement de soins médicaux et que des changements dans le mode de vie, le milieu social et l'environnement physique étaient plus susceptibles d'améliorer la santé des Canadiens que l'affectation de crédits supplémentaires aux soins de santé. Le rapport Lalonde définissait quatre grands déterminants de la santé : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé[(1)]. Après la publication du rapport Lalonde, le ministère fédéral de la Santé a établi des programmes communautaires et a lancé des campagnes ciblées de marketing social visant la promotion de la santé (comme ParticipACTION, Dialogue sur l'alcool et le Guide alimentaire canadien).

---

(1) Marc Lalonde, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens – Un document de travail*, Ottawa, avril 1974, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde_f.html.

En 1986, le ministre fédéral de la Santé de l'époque, Jake Epp, a publié le document *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Comme le rapport Lalonde, ce document reconnaissait les grands facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui ont une influence sur la santé et préconisait l'élaboration d'une politique sur la santé de la population. Fait plus important encore, le rapport Epp considérait qu'une approche axée sur la santé de la population constituait non seulement un élément complémentaire du système de santé, mais aussi un moyen de réduire les disparités en matière de santé parmi les différents groupes socioéconomiques de la population canadienne. Il recommandait de coordonner toutes les politiques ayant des incidences directes sur la santé, notamment la sécurité du revenu, l'emploi, l'éducation, le logement, les affaires, l'agriculture, les transports, la justice et la technologie[(2)]. Parmi les programmes fédéraux fondés sur une telle approche interministérielle qui ont été mis en œuvre au cours de cette période, il y a lieu de mentionner entre autres la Stratégie canadienne antidrogue, l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire, l'Initiative de lutte contre la violence familiale et la Stratégie canadienne sur le sida[(3)].

En 1989, un groupe de réflexion, l'Institut canadien de recherches avancées (ICRA), a présenté des données empiriques établissant que la santé des populations est le fruit d'une interaction complexe de plusieurs déterminants de la santé. Dans leur ouvrage majeur conjoint, *Why are Some People Healthy and Others Not*, les chercheurs de l'ICRA ont démontré de façon convaincante que les conditions sociales et économiques exercent une influence considérable et potentiellement modifiable sur la

---

(2) Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa, 1986, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/1986-frame-plan-promotion/index_f.html.

(3) Il est intéressant de noter que la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, également parue en 1986, insistait sur la nécessité d'une action intersectorielle visant la réduction des disparités en matière de santé. La Charte, qui a été adoptée à la première Conférence internationale pour la promotion de la santé organisée par l'Organisation mondiale de la santé, avait défini cinq priorités : 1) élaborer une politique publique saine, 2) créer des milieux favorables, 3) renforcer l'action communautaire, 4) acquérir des aptitudes individuelles et 5) réorienter les services de santé. Elle reconnaissait en outre que les conditions et les ressources préalables à la santé sont la paix, un abri, l'éducation, de la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources durables ainsi que la justice et l'équité sociale. (Organisation mondiale de la santé, *La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, 21 novembre 1986, http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/.)

santé en raison de leurs effets sur les mécanismes biologiques (systèmes nerveux, endocrinien et immunitaire), que les scientifiques commençaient à peine à comprendre. De plus, les chercheurs étaient d'avis que la petite enfance – au cours de laquelle se développent les voies neuronales fondamentales – était extrêmement importante pour le développement de l'intelligence et de la faculté d'adaptation[(4)].

Les données empiriques présentées par l'ICRA sur le lien entre les facteurs socioéconomiques et la santé des individus et de la population d'une part et entre les expériences de la petite enfance et la santé d'autre part ont eu une influence considérable sur la politique publique. En 1993, la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé a donné naissance au Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, chargé de donner des conseils stratégiques, à l'échelle nationale et intergouvernementale, sur les moyens d'améliorer l'état de santé général et de réduire les disparités grâce à un cadre de santé de la population. Un an plus tard, le Comité consultatif a publié le document *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*. Ce rapport résumait ce qu'on savait à l'époque des grands déterminants de la santé et proposait des mesures nationales destinées à mieux faire comprendre l'approche axée sur la santé de la population au public et aux partenaires gouvernementaux de l'extérieur du secteur de la santé et à lancer des initiatives intersectorielles complètes en matière de santé de la population pour un petit nombre de priorités clés[(5)]. Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé ont officiellement approuvé l'approche préconisée par le Comité consultatif. À cette époque, plusieurs programmes ont été mis sur pied pour améliorer le bien-être des enfants canadiens, y compris la Prestation nationale pour enfants, le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones.

---

(4) *Why are Some People Healthy and Others Not? – The Determinants of Health of Populations*, éditeurs Robert G. Evans, Morris L. Barer et Theodore Marmor, 1994.

(5) Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, Ottawa, 1994, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/approche/connexes.html.

En 1996, Santé Canada a publié le rapport *Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population*, qui décrivait 12 déterminants de la santé (revenu et situation sociale, réseau de soutien social, niveau d'instruction, emploi et conditions de travail, environnements sociaux, environnements physiques, patrimoine biologique et génétique, hygiène de vie personnelle et capacités d'adaptation, sain développement dans l'enfance, services de santé, sexe et culture) et définissait cinq postulats de l'approche axée sur la santé de la population : 1) La santé est déterminée par les interactions complexes entre les caractéristiques individuelles, les facteurs sociaux et économiques et les environnements physiques; 2) la santé d'une population est étroitement liée à la répartition de la richesse dans cette population; 3) les stratégies visant à améliorer la santé de la population doivent tenir compte de l'éventail complet de facteurs qui déterminent la santé; 4) on peut réaliser des progrès importants en centrant les interventions sur la santé de l'ensemble d'une population (ou de sous-groupes importants) plutôt que sur celle des individus; 5) l'amélioration de la santé est une responsabilité partagée qui exige l'adoption de politiques publiques favorables à la santé en dehors du système de santé traditionnel. Une des principales mesures mises en avant était la promotion d'un investissement et d'un engagement soutenus à long terme à Santé Canada et dans les autres ministères dont les politiques ont une incidence sur la santé des Canadiens. En vue d'atteindre cet objectif, Santé Canada a établi un groupe de référence interministériel sur la santé de la population composé de représentants de 18 ministères fédéraux. Les membres du groupe ont échangé de l'information sur les programmes et les politiques des ministères concernés et exploré les possibilités de collaboration dans des domaines d'intérêt commun[(6)].

En 1997, le groupe de référence interministériel a fait considérablement avancer la cause de la santé de la population dans l'administration fédérale en présentant au Cabinet un mémoire à ce sujet. Fait important, le Cabinet a officiellement pris la décision d'adopter une approche axée sur la santé de la population pour orienter sa politique et a confirmé le rôle de Santé Canada comme premier ministère responsable.

(6) Santé Canada, *Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population*, document de travail, 1996, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/docs/commune/index.html.

Les ministres ont également convenu de travailler avec Santé Canada à l'élaboration d'outils et de mécanismes servant à évaluer l'incidence des politiques et des programmes fédéraux sur la santé. À cause de restrictions budgétaires, toutefois, les fonds engagés pour la mise en œuvre de la politique fédérale sur la santé de la population ont par la suite été sensiblement réduits[7].

Malgré la réduction des ressources financières, Santé Canada a officiellement adopté en 1998 un cadre de santé de la population pour l'ensemble de ses programmes et initiatives. Désirant s'attaquer aux problèmes conceptuels et organisationnels posés par la transition vers une approche axée sur la santé de la population, le ministère a rassemblé des informations et mis au point des outils destinés aux membres de son personnel, y compris le document *Pour une population en meilleure santé : une action concrète*[8]. Santé Canada a également publié le *Plan d'action pour promouvoir l'approche axée sur la santé de la population au Canada*, qui définissait six domaines d'action – théorie, politiques, données, marketing, mobilisation et institutionnalisation – pour faciliter l'intégration dans le ministère de l'approche axée sur la santé de la population. Ces domaines d'action sont ainsi définis :

- Théorie : Étoffer le cadre théorique de la santé de la population qui intégrera des données probantes, proposera des interventions pertinentes en matière de politiques et de programmes et établira une base de connaissances pour créer les outils nécessaires à l'application d'une approche axée sur la santé de la population.
- Politiques : Intégrer le concept de santé de la population dans le processus d'élaboration des politiques publiques dans tous les secteurs, en prévoyant des outils de détermination des priorités et de responsabilisation, comme les rapports sur la santé de la population et les comptes de la santé.
- Données : Encourager les programmes de recherche adaptés aux priorités de la santé de la population ainsi que les systèmes d'information qui permettent de saisir les données relatives à la santé de la population.

---

(7) Barbara Legowski et Lindsey McKay, *Health beyond Health Care: Twenty-five Years of Federal Health Policy Development*, document de travail, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, octobre 2000, http://www.cprn.org/doc.cfm?doc=131&l=fr.

(8) Santé Canada, *Pour une population en meilleure santé : Une action concrète*, document de travail à l'intention des employés de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, 1998, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/tad_f.pdf.

- Marketing : Informer et influencer les décideurs, les intervenants et le public au sujet de la santé de la population grâce à des campagnes de communication, des ateliers, des exposés et des publications.
- Mobilisation : Concevoir des outils, des partenariats et des approches à l'appui de la mise en œuvre.
- Institutionnalisation : Former des comités conjoints, établir des politiques et des structures appropriées dans les organisations et les charger clairement de rendre compte des approches axées sur la santé de la population et de les évaluer [(9)].

En 1999, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a publié le rapport *L'action intersectorielle... Pour une population en santé*, qui faisait valoir que l'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie de la population ainsi que la réduction des disparités persistantes en matière de santé nécessitent l'action conjuguée de nombreux secteurs. Le rapport soulignait que l'action intersectorielle – c'est-à-dire la coopération dans les organisations et les secteurs et entre eux – implique la participation du secteur public, des gouvernements, du secteur bénévole, du secteur privé, des entreprises, des professionnels et des utilisateurs dans les domaines de la santé, de la justice, de l'éducation, des services sociaux, des finances, de l'agriculture, de l'environnement, etc.[(10)] Le document ne se voulait pas un guide détaillé pour la conception et la mise en œuvre de l'action intersectorielle, mais il énonçait les conditions d'une collaboration intersectorielle réussie, notamment :

- Trouver des valeurs, des intérêts et des objectifs communs aux partenaires actuels et potentiels.
- Assurer l'appui politique et se fonder sur les facteurs positifs de l'environnement politique.
- Assurer l'engagement des principaux partenaires dès le départ; être inclusif.
- Établir des liens horizontaux appropriés entre les secteurs ainsi que des liens verticaux entre les différents niveaux de chacun.
- Investir dans la constitution d'alliances; favoriser le consensus au stade de la planification.
- Viser des objectifs concrets et des résultats tangibles.
- Veiller au partage du leadership, de la responsabilité et des récompenses parmi les partenaires.

---

(9) *Ibid*.

(10) Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *L'action intersectorielle... Pour une population en santé*, Ottawa, juin 1999, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/collab/connexes.html.

- Constituer des équipes stables formées de personnes qui travaillent bien ensemble et prévoir le soutien nécessaire.

Les mesures intersectorielles prises alors comprenaient notamment la Stratégie nationale de contrôle du tabac et l'Accord de Vancouver.

En 2001, Santé Canada a publié *Le modèle de promotion de la santé de la population*, qui décrivait les processus et les procédures nécessaires pour mettre en œuvre une approche plus complète de la santé de la population s'appliquant tant dans le secteur de la santé que dans d'autres secteurs. Le modèle définissait huit éléments clés nécessaires à la mise en œuvre efficace de l'approche axée sur la santé de la population (tableau 1.1)[(11)].

TABLEAU 1.1 – ÉLÉMENTS CLÉS EN SANTÉ DE LA POPULATION

Élément clé	Actions
Placer la santé des populations au centre des préoccupations	▪ Déterminer les indicateurs de mesure de la santé. Mesurer et analyser l'état de santé des populations et les inégalités en santé pour déterminer les problèmes de santé. ▪ Analyser les conditions, les caractéristiques et les tendances du milieu.
Examiner les déterminants de la santé et leur interaction	▪ Établir les indicateurs de mesure des déterminants de la santé. ▪ Mesurer et analyser les déterminants de la santé et leur interaction pour faire la corrélation entre les problèmes de santé et leurs déterminants.
Fonder les décisions sur des données probantes	▪ Employer les meilleures données probantes disponibles à toutes les étapes de l'élaboration des politiques et des programmes. ▪ Expliquer les critères d'inclusion ou d'exclusion des données. ▪ S'appuyer sur des sources de données variées. ▪ Produire des données à partir de méthodes de recherche diversifiées. ▪ Déterminer les interventions efficaces et les évaluer. ▪ Diffuser les résultats de recherche et faciliter leur prise en compte dans les politiques.
Accroître les investissements en amont	▪ Appliquer des critères à la sélection des priorités d'investissement. ▪ Équilibrer les investissements à court et à long terme. ▪ Influencer les investissements dans d'autres secteurs.

(11) Santé Canada, *Le modèle de promotion de la santé de la population : Éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population*, juillet 2001, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/approche/index.html.

Élément clé	Actions
Miser sur des stratégies multiples	▪ Déterminer l'étendue des interventions. ▪ Agir sur les déterminants de la santé et leur interaction. ▪ Mettre sur pied des stratégies pour réduire les inégalités en santé entre les différents groupes démographiques. ▪ Mettre en œuvre un ensemble complet d'interventions et de stratégies. ▪ Mettre en œuvre des interventions qui abordent les problèmes de santé selon une démarche intégrée. ▪ Appliquer des méthodes qui améliorent la santé au cours de la vie. ▪ Agir dans différents milieux. ▪ Créer un mécanisme de coordination pour orienter les interventions.
Favoriser la collaboration entre les divers paliers et secteurs	▪ Mobiliser les partenaires dès le départ pour assurer l'adoption de valeurs et de visées communes. ▪ Fixer des objectifs réalistes et mettre l'accent sur des résultats concrets. ▪ Identifier et soutenir un chef de file. ▪ Investir dans le processus d'établissement d'alliances intersectorielles. ▪ Trouver des appuis politiques et s'inspirer des facteurs positifs dans les politiques. ▪ Partager l'autorité, les responsabilités et les succès avec les partenaires.
Prévoir des mécanismes qui encouragent la participation du public	▪ Susciter l'intérêt du public. ▪ Contribuer à l'accroissement du niveau des connaissances en santé. ▪ Mettre en œuvre des stratégies de participation du public en harmonie avec l'objectif fondamental.
Assumer la responsabilité des résultats en santé	▪ Créer un cadre de responsabilisation fondé sur les résultats. ▪ Déterminer les mesures de base et fixer des objectifs d'amélioration de la santé. ▪ Institutionnaliser des systèmes d'évaluation efficaces. ▪ Favoriser l'utilisation d'outils d'évaluation des incidences sur la santé. ▪ Rendre publics les résultats.

Source : Santé Canada, *Le modèle de promotion de la santé de la population : Éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population*, juillet 2001, p. 8, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/discussion_fr.pdf.

En 2002, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a établi le Groupe de travail sur les disparités en matière de santé en lui donnant pour mandat d'examiner le rôle du secteur de la santé dans la lutte contre les disparités. Le groupe de travail, composé de décideurs et de chercheurs des secteurs

social et de la santé tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'administration publique[(12)], a défini quatre rôles à jouer par le secteur de la santé dans la réduction des disparités :

- Faire de la réduction des disparités en matière de santé une priorité du secteur de la santé (établir des capacités nationales de leadership, fixer des objectifs et des cibles, évaluer les incidences sur la santé, collaborer avec les administrations, définir des domaines prioritaires).
- Intégrer la réduction des disparités aux programmes et services de santé.
- Collaborer avec d'autres secteurs pour réduire les disparités en matière de santé.
- Renforcer les activités d'acquisition et d'échange de données (définir des indicateurs pour mesurer l'impact des disparités en matière de santé, continuer à appuyer la recherche, améliorer les systèmes d'information sur la santé, mettre en commun les données sur les disparités en matière de santé)[(13)].

En 2005, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé ont approuvé la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains après trois ans de consultations et d'échanges avec de nombreuses personnes et organisations de tous les secteurs. Cette stratégie encadre l'action soutenue dans l'optique de la santé de la population, son but étant d'améliorer la santé de la population et de réduire les disparités. De nature intersectorielle, elle fait intervenir des représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux, des réseaux régionaux, le secteur privé, des groupes non gouvernementaux et des organisations nationales autochtones. Il a été entendu que la stratégie viserait au départ l'activité physique, une alimentation saine et leur rapport avec un poids sain, surtout parmi les enfants et les jeunes, les Autochtones et d'autres groupes vulnérables. La cible à atteindre est une augmentation sur dix ans de 20 p. 100 de la proportion de Canadiens qui font de l'activité physique, mangent bien et conservent un poids sain[(14)].

---

(12) Santé Canada, Instituts de recherche en santé du Canada, Initiative sur la santé de la population canadienne, Statistique Canada, provinces, universités, Conseil canadien de développement social et Caledon Institute of Social Policy.

(13) Groupe de travail sur les disparités en matière de santé, *Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé, document de travail* et *Orientations stratégiques et activités recommandées*, décembre 2004, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/ddp_f.html et http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/dr_policy_f.html.

(14) Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains, Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les modes de vie sains et Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé, *La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, 2005, http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/index_f.html.

La stratégie pourrait contribuer sensiblement à la réduction des disparités en matière de santé.

1.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Le gouvernement fédéral a joué un rôle important, au fil des ans, dans le développement continu d'une bonne infrastructure d'information sur la santé de la population et a investi des sommes considérables dans la recherche sur la santé de la population et les disparités en matière de santé.

Statistique Canada, par exemple, tient de solides bases de données fondées sur d'excellentes enquêtes relatives à la santé de la population. En 1994, l'organisme a lancé l'Enquête nationale sur la santé de la population dans le but d'améliorer l'information disponible à l'appui de l'élaboration et de l'évaluation des politiques et des programmes de santé du Canada(15). La même année, il a entrepris l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, étude destinée à long terme à suivre le développement et le bien-être des enfants, de la naissance jusqu'à l'âge adulte. Les données sont recueillies à des intervalles de deux ans auprès d'un échantillon représentatif de Canadiens(16). En 2000, Statistique Canada a également lancé l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour produire régulièrement des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé dans 136 régions socio-sanitaires du Canada(17).

En 1998, Santé Canada a créé le Fonds pour la santé de la population après avoir adopté l'approche axée sur la santé de la population pour, conformément à son mandat, préserver et améliorer la santé des Canadiens. Le Fonds vise à accroître la

(15) Statistique Canada, *Renseignements sur l'Enquête nationale sur la santé de la population,* http://www.statcan.ca/francais/freepub/82F0068XIF/82F0068XIF1997001.htm.

(16) Statistique Canada, *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes – Aperçu,* http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&SP_Action=Theme&SP_ID=20000.

(17) Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes,* http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/cchsinfo_f.htm.

capacité communautaire d'agir sur les déterminants de la santé et sur leurs interactions réciproques[18].

En 1999, le gouvernement fédéral a lancé l'Initiative sur la santé de la population canadienne à l'Institut canadien d'information sur la santé. L'Initiative cible tout spécialement la santé de la population. Elle a un double objectif : 1) aider à mieux comprendre les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités et 2) contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens[19].

En 2000, le gouvernement fédéral a créé les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), dont une partie du mandat consiste à réaliser des recherches en vue d'améliorer l'état de santé des populations vulnérables. En conséquence, la plupart des 13 instituts de recherche virtuels des IRSC financent des études sur la santé de la population. En 2005, les IRSC ont lancé l'Initiative de réduction des disparités sur le plan de la santé – entreprise de recherche stratégique mettant à contribution plusieurs instituts – en vue de réduire les disparités en matière de santé et de favoriser l'équité au sein des populations vulnérables[20].

En 2001, le gouvernement fédéral a créé Inforoute Santé du Canada, de concert avec les provinces et les territoires, afin d'accélérer l'établissement et l'utilisation de systèmes électroniques d'information sur la santé et de dossiers de santé électroniques (DSE) partout dans le pays[21]. Les données produites par les premiers DSE pourraient être exploitées très avantageusement à des fins de santé de la population si les dossiers sont conçus d'une façon appropriée.

---

(18) Agence de la santé publique du Canada, *Fonds pour la santé de la population*, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/budget/index.html.

(19) Institut canadien d'information sur la santé, *À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne*, http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=cphi_about_f.

(20) Instituts de recherche en santé du Canada, *Initiative de réduction des disparités sur le plan de la santé*, http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/25703.html.

(21) http://www.infoway-inforoute.ca/fr/Home/home.aspx.

En 2004, le gouvernement fédéral a créé l'Agence de la santé publique du Canada et a nommé le premier administrateur en chef de la santé publique du Canada (qui a un rang équivalent à celui de sous-ministre de la Santé). L'une des responsabilités de l'administrateur en chef est de présenter au Parlement un rapport annuel sur la situation de la santé publique au Canada[22]. Le premier rapport, qui sera déposé en mai 2008, portera sur les disparités en matière de santé.

Parallèlement à l'Agence de la santé publique du Canada, le gouvernement fédéral a établi six centres de collaboration nationale chargés de favoriser l'utilisation de données probantes à l'appui du processus décisionnel en santé publique. Quatre de ces centres s'occupent principalement de la santé de la population et des disparités en matière de santé[23]. Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (Canada atlantique) étudie la façon dont les différents déterminants de la santé influent sur les politiques et les pratiques[24]. Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (Québec) examine les incidences des politiques publiques – du secteur de la santé et d'autres secteurs comme les transports et l'urbanisation – sur la santé et le bien-être des Canadiens[25]. Le Centre de collaboration nationale en santé environnementale (Colombie-Britannique) étudie les facteurs environnementaux qui influent sur la santé humaine et détermine, en se fondant sur des données probantes, les interventions permettant de réduire les risques découlant de l'environnement[26]. Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (Colombie-Britannique) se penche sur les moyens et les stratégies susceptibles d'améliorer l'état de santé des Autochtones du Canada[27].

---

(22) Agence de la santé publique du Canada, *À propos de l'Agence*, 2008, http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/index-fra.php.

(23) Agence de la santé publique du Canada, *Centres nationaux de collaboration en santé publique, Information*, mai 2004, http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/2004_01bk2_f.html.

(24) http://www.stfx.ca/research/ncc/about-us.htm.

(25) http://healthypublicpolicy.ca/493/Le+Centre.htm.

(26) http://www.ncceh.ca/fr.

(27) http://www.unbc.ca/nccah/.

En 2004, une autre étape importante a été franchie dans le domaine de la santé de la population lorsque les premiers ministres canadiens se sont engagés à établir « des objectifs et des cibles pour améliorer l'état de santé de la population canadienne en s'alliant à des experts ». Les ministres de la santé ont convenu en 2005 d'un ensemble d'objectifs à atteindre dans quatre domaines : besoins fondamentaux dans les milieux social et physique, appartenance et engagement, modes de vie sains et système de santé (tableau 1.2)[(28)].

TABLEAU 1.2

OBJECTIFS DE SANTÉ POUR LE CANADA	
Besoins fondamentaux (milieux social et physique)	• Nos enfants atteignent leur plein potentiel et grandissent heureux, confiants, en santé et en sécurité. • L'air que nous respirons, l'eau que nous buvons, la nourriture que nous mangeons et les milieux dans lesquels nous vivons, travaillons et nous divertissons sont sécuritaires et sains, aujourd'hui et pour les générations à venir.
Appartenance et engagement	• Chaque personne vit dans la dignité, a un sens d'appartenance et contribue à des familles, des groupes d'amis et des collectivités diverses qui favorisent l'entraide. • Nous apprenons tout au long de la vie par le biais de l'enseignement formel et informel et de relations avec autrui et avec la terre. • Nous contribuons aux décisions qui touchent notre santé et notre bien-être personnels et collectifs, et nous influons sur ces décisions. • Par le biais du leadership, de la collaboration et des connaissances, nous travaillons à faire du monde un endroit sain pour tous.
Modes de vie sains	• Chaque personne reçoit le soutien et l'information dont elle a besoin pour faire des choix sains.
Système de santé	• Nous travaillons à la prévention des menaces pour notre santé et notre sécurité grâce à des efforts coordonnés à l'échelle nationale et internationale. • Un solide réseau de santé et de bien-être social réduit les disparités en matière de santé et offre des soins appropriés, au moment opportun.

Source : *Objectifs de santé pour le Canada – Engagement fédéral-provincial-territorial envers tous les Canadiens*, octobre 2005, http://www.phac-aspc.gc.ca/hgc-osc/home-f.html.

(28) *Objectifs de santé pour le Canada – Engagement fédéral-provincial-territorial envers tous les Canadiens*, octobre 2005, http://www.phac-aspc.gc.ca/hgc-osc/home-f.html.

Les Objectifs de santé pour le Canada consistent en énoncés d'orientation générale destinés à guider l'action sur les déterminants de la santé et à renforcer la gestion des questions horizontales ou intersectorielles. Il appartient toutefois à chaque gouvernement de les concrétiser par les moyens qu'il juge utiles et pertinents. Jusqu'à maintenant, ces objectifs n'ont pas évolué dans le sens d'une stratégie pancanadienne et n'ont donné lieu à aucune action mesurable.

1.4 LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

Le gouvernement fédéral joue un rôle primordial dans la lutte contre les disparités liées à la santé et à la situation socioéconomique des Autochtones. À l'heure actuelle, plus de 30 ministères et organismes fédéraux mettent à leur disposition quelque 360 programmes et services. Plus de la moitié (190) sont offerts à tous les Autochtones, tandis que les autres ne sont accessibles qu'à certains groupes. En 2004-2005, 8,2 milliards de dollars ont été affectés à ces programmes et services sous sept grands objectifs stratégiques : santé (1,8 million de dollars), apprentissage continu (1,9 milliard de dollars), collectivités sécuritaires et viables (2,5 milliards de dollars), logement (0,5 milliard de dollars), possibilités économiques (0,2 milliard de dollars), terres et ressources (0,2 milliard de dollars) et gouvernance et relations (1,1 milliard de dollars). Affaires indiennes et du Nord Canada a dépensé 61,5 p. 100 du total et Santé Canada, 21,0 p. 100[(29)].

En outre, le gouvernement fédéral finance des programmes pancanadiens, dont les paiements de transfert aux provinces et aux territoires, qui profitent à tous les Canadiens, y compris les Autochtones. Les provinces et les territoires ont également leurs propres programmes et services destinés à améliorer la qualité de vie des Autochtones vivant hors réserve et dans le Nord.

---

(29) Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, *Les affaires autochtones : Programmes et dépenses*, 2004-2005, http://www.tbs-sct.gc.ca/aaps-aapd/intro.aspx?Language=FR.

Malgré tout, de grandes disparités demeurent aussi bien entre les Autochtones et le reste de la population qu'entre les Autochtones des réserves et ceux qui vivent hors réserve, surtout en milieu urbain.

Les problèmes de santé pressants auxquels les Autochtones continuent d'être confrontés ont donné lieu à un processus de négociation entre les premiers ministres et les organisations nationales autochtones en 2004 et 2005. Ce processus, sans précédent dans l'histoire du Canada, a débouché sur l'Accord de Kelowna, un ambitieux plan de 10 ans destiné à « combler l'écart » entre Autochtones et non-Autochtones du Canada dans les domaines de l'éducation, du logement, de l'infrastructure, de la santé et des perspectives économiques, qui comptent tous parmi les grands déterminants de la santé. Le gouvernement fédéral s'est engagé à verser 5,1 milliards de dollars sur cinq ans pour améliorer les conditions socioéconomiques des Autochtones, de façon à faire correspondre leur niveau de vie à celui des autres Canadiens d'ici 2016[(30)]. On ne sait pas si l'Accord de Kelowna sera mis en œuvre et, le cas échéant, et de quelle façon.

(30) *Premiers ministres et dirigeants autochtones nationaux – Renforcer les relations et combler l'écart*, Kelowna (Colombie-Britannique), 24-25 novembre 2005, http://www.scics.gc.ca/confer05_f.html.

CHAPITRE 2 : ALBERTA[31]

2.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Au début des années 1990, le gouvernement de l'Alberta a chargé un comité consultatif de fixer des objectifs en matière de santé. Au début des années 2000, il a énoncé de nouveaux objectifs et cibles qui s'inscrivaient dans un cadre de santé de la population bien défini. Il n'a cependant pas utilisé ce cadre pour concrétiser des mesures permettant d'agir sur les grands déterminants de la santé.

- À l'heure actuelle, le message du gouvernement de l'Alberta par rapport à la santé de la population est avant tout d'encourager chaque personne à prendre en main sa santé et son bien-être. Il incombe principalement aux réseaux provinciaux non gouvernementaux de mieux sensibiliser les gens et de promouvoir des mesures favorisant la santé de la population.

- Bien qu'on ne trouve pas grand-chose sur la santé de la population dans les documents du ministère albertain de la Santé et du Mieux-être, trois des neuf régies régionales de la santé de l'Alberta ont choisi d'intégrer les déterminants de la santé dans leurs rapports annuels sur la santé.

- Dans un rapport produit en 2004, le Comité d'examen international de l'Alberta Heritage Foundation for Medical Research a conseillé à la Fondation d'accorder plus d'importance au financement de la recherche sur la santé de la population, comme elle l'a fait pour la recherche biomédicale. Le Comité a également exhorté la Fondation à intervenir auprès de la province pour qu'elle rende les données provinciales sur la santé plus accessibles aux chercheurs.

2.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE

En 1987, la Commission du premier ministre sur l'avenir des soins de santé en Alberta a été constituée en vue d'examiner les problèmes du système de santé. Dès le départ, la Commission a déterminé que la santé, au sens très large que lui donne l'Organisation mondiale de la santé, occuperait la place centrale dans son étude. Le rapport qu'elle a présenté en 1989 soulignait la nécessité d'une approche plus concertée, adoptée sur une échelle beaucoup plus grande et assortie de cibles et d'objectifs précis. À part une série de recommandations visant la réforme du système de santé, la Commission

(31) L'information figurant dans ce chapitre s'inspire d'un document intitulé *Politique en matière de santé de la population en Alberta*, rédigé par Laura Corbett pour le compte du Sous-comité.

a formulé trois recommandations liées à la santé de la population : 1) nommer un défenseur de la santé des Albertains, chargé de définir les grandes priorités, de surveiller l'état de santé de la population et de faire régulièrement part de ses observations à l'Assemblée législative, 2) évaluer les incidences sur la santé des nouvelles lois, réglementations et procédures, 3) attribuer des fonds supplémentaires pour la recherche sur la santé de la population[(32)].

Dans sa réponse, le gouvernement a annoncé son intention de fixer des cibles et des objectifs en matière de santé, de consacrer des fonds supplémentaires à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et des blessures et à la recherche sur la santé de la population et d'étudier la faisabilité d'un système d'évaluation des incidences sur la santé[(33)]. Il n'a cependant pas appuyé la création d'un poste de défenseur de la santé des Albertains, estimant que cette fonction faisait partie des responsabilités du ministre de la Santé.

Le Comité consultatif sur les objectifs de santé créé en 1991 a fait paraître en 1993 le rapport *Health Goals for Alberta*, qui définissait neuf objectifs favorables à une approche axée sur la santé de la population :

1. Augmenter le nombre d'années vécues en bonne santé en réduisant les maladies, les blessures et les décès prématurés et en augmentant le bien-être.
2. Prendre des décisions fondées sur des données et des recherches fiables.
3. Tenir compte de la santé dans l'élaboration des politiques publiques.
4. Établir des services de santé adéquats, accessibles et abordables.
5. Vivre dans des familles et des collectivités fortes, solidaires et saines.
6. Vivre dans un milieu physique sain.
7. Reconnaître et maximiser le potentiel individuel malgré les différences biologiques.
8. Opter pour des comportements sains.
9. Développer et conserver des compétences permettant d'affronter les difficultés de la vie d'une façon saine[(34)].

---

(32) Premier's Commission on Future Health Care for Albertans, *The Rainbow Report: Our Vision for Health*, rapport final, décembre 1989.

(33) Government of Alberta, *Partners in Health, Government's Response to the Premier's Commission on Future Health Care for Albertans*, novembre 1991.

(34) Alberta Health, *Health Goals for Alberta : Progress Report*, décembre 1993.

Une autre étude, menée quelques années plus tard par le Comité consultatif du premier ministre sur la santé de l'Alberta, a débouché sur la publication du rapport *A Framework for Reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health* en 2001[(35)]. Le message prédominant du rapport, c'est-à-dire la solution à long terme que le Comité préconisait pour la réforme du système de santé, était d'encourager les Albertains à rester en santé et en forme. À l'appui de ce message, le Comité proposait des mesures incitatives comprenant des récompenses et des pénalités en fonction de l'utilisation du système de santé.

Dans sa réponse, *Framework for a Healthy Alberta*, le gouvernement a reconnu que de multiples facteurs influent sur la santé, dont une partie seulement peut être contrôlée par l'individu. Le document, qui faisait intervenir 11 ministères et organismes provinciaux, fixait deux grands objectifs pour son approche axée sur la santé de la population : la réduction des maladies chroniques et le renforcement des comportements sains. Il énonçait des cibles et des objectifs clairs, mais les interventions gouvernementales restaient centrées sur la promotion de la santé et la prévention des maladies[(36)]. L'action visant les grands déterminants de la santé ne s'est pas matérialisée.

En 2006, dans le cadre de sa « troisième voie » de la réforme du système de santé, le gouvernement a publié le rapport *Health Policy Framework*[(37)], qui insistait encore sur l'autonomie et la responsabilité personnelle en matière de santé.

C'est le personnel clé des administrations locales et des organisations non gouvernementales, plutôt que le gouvernement provincial, qui s'est dit le plus préoccupé par les effets du milieu socioéconomique sur la santé de la population. Par exemple, l'Alberta Healthy Living Network (AHLN), formé en 2002, est un réseau informel de 100 organisations multisectorielles locales, régionales et provinciales ainsi que de

(35) http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/PACH_report_final.pdf.

(36) http://www.health.gov.ab.ca/key/Framework.pdf.

(37) http://www.health.gov.ab.ca/healthrenewal/GettingBetterHealthcare.pdf.

ministères et d'organismes gouvernementaux qui œuvrent dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la recherche, des services sociaux, de l'agriculture, des transports et des milieux autochtones et multiculturels. Il a pour mission de diriger les efforts conjoints nécessaires à la promotion de la santé et à la prévention des maladies chroniques en Alberta. L'AHLN a identifié en 2004 les disparités en matière de santé comme l'un des sept domaines prioritaires et a formé le Groupe de travail sur les disparités en matière de santé(38).

L'Alberta Social and Health Equities Network est une autre ONG créée en 2005. Elle est formée d'une coalition d'organismes, de groupes de défense, de décideurs, de chercheurs et de citoyens qui vivent dans la pauvreté ou qui s'inquiètent des disparités en matière de santé en Alberta(39). L'organisation Families First Edmonton a vu le jour la même année(40). Il s'agit d'un partenariat de collaboration regroupant des organismes provinciaux et municipaux et des ONG qui s'efforcent ensemble d'aider les familles à faible revenu à accéder plus facilement aux services dans la région d'Edmonton. Le but ultime est de déterminer si les services de santé, de soutien familial et de loisirs dispensés d'une manière coordonnée peuvent améliorer la santé des familles à faible revenu.

À l'échelon municipal, Edmonton semble vouloir laisser sa marque dans le domaine de la santé de la population. Dans le document *Creating Social and Health Equity: Adopting an Alberta Social Determinants of Health Framework*(41), publié en 2005, le Conseil de planification sociale de la ville a reconnu clairement que les facteurs qui influent le plus sur la santé sont extérieurs au système de santé et qu'il fallait passer d'un système fondé sur la maladie à un système basé sur le mieux-être qui agit sur les déterminants de la santé et prévient les maladies et les affections chroniques. Récemment, le Conseil a publié un autre rapport, *Tracking the Trends: Social Health in Edmonton*,

(38) A. Dedrick, *Social Determinants of Health – Environmental Scan*, 2005, http://www.foodsecurityalberta.ca/content.asp?contentid=108&catid=34&rootid=.

(39) ASHEN Charter, http://www.foodsecurityalberta.ca/content.asp?contentid=108&catid=34&rootid=.

(40) http://www.familiesfirstedmonton.ualberta.ca/index.html.

(41) http://www.edmspc.com/Uploads/sdoh%20discussion%20paper.pdf.

dans lequel il passe en revue les tendances sociales et économiques qui influencent la qualité de vie et le bien-être des habitants d'Edmonton.

2.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Parmi les publications et les renseignements sur la santé produits par le ministère albertain de la Santé et du Mieux-être figurent les rapports d'enquête annuels sur la santé de la population et le système de santé de la province. Ces enquêtes permettent de mesurer différentes données sur l'état de santé des Albertains, leur utilisation des services de santé et leurs caractéristiques démographiques, y compris le revenu du ménage. Toutefois, les analyses rendues publiques ne donnent aucun renseignement sur le lien entre l'état de santé et le revenu ou le contexte social(42). Les rapports mentionnent également divers déterminants de la santé liés aux habitudes de vie et au comportement – allant de l'alimentation à la vaccination, en passant par l'activité physique et les blessures –, mais ils s'attardent rarement sur la façon dont les habitudes et les comportements sont rattachés à la situation de chacun.

En se basant sur l'information provenant de diverses bases de données canadiennes, trois des neuf régies régionales de la santé de l'Alberta (Chinook, Calgary et David Thompson) ont choisi de s'attaquer aux déterminants de la santé dans leurs rapports annuels. Il y a lieu de noter en particulier le rapport *Determinants of Health Survey* publié en 2003 par la régie régionale de Chinook, qui est allée jusqu'à présenter une analyse statistique des effets de certains déterminants locaux sur la santé de la population(43).

L'Alberta Heritage Foundation for Medical Research est le principal organisme provincial de financement de la recherche médicale. Tous les six ans, le Comité d'examen international effectue une évaluation et présente un rapport à la Fondation et au gouvernement de l'Alberta. Dans son rapport le plus récent, le Comité a

(42) http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/Survey2004.pdf.

(43) http://www.chr.ab.ca/bins/doc.asp?rdc_id=5455.

conseillé à la Fondation d'accorder plus d'importance au financement de la recherche sur la santé de la population, comme elle l'a fait pour la recherche biomédicale, et d'utiliser les résultats de toutes les recherches pour améliorer la santé des Albertains[44].

(44) http://www.ahfmr.ab.ca/publications/reports/IBR2004/pdf/IBR_report_final.pdf.

CHAPITRE 3 : COLOMBIE-BRITANNIQUE[45]

3.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- En Colombie-Britannique, l'élaboration de la politique sur la santé de la population est guidée par des cibles, et particulièrement par les objectifs provinciaux de santé de 1997, que les régies régionales de la santé se chargent d'interpréter et de réaliser. Cependant, une seule de ces régies, celle du district intérieur de la province, semble avoir adopté une véritable approche axée sur la santé de la population.

- À l'échelle provinciale, ActNow BC – initiative pangouvernementale de promotion de la santé – a établi des partenariats intersectoriels pour lutter contre les facteurs de risque communs et réduire les maladies chroniques par la promotion de la santé dans les écoles, les collectivités et les lieux de travail.

- En dépit de moyens restreints et d'une information limitée, la province insiste de plus en plus sur la nécessité d'avoir des données probantes pour éclairer la prise de décisions en matière de politiques et de programmes. Plusieurs faits témoignent de cette évolution, notamment la récente création des enquêtes provinciales sur la santé et le mieux-être qui servent à surveiller les cibles relatives aux habitudes de vie et les questions de santé publique aux fins de la planification et de l'évaluation des programmes, ainsi que les travaux réalisés par le Groupe d'experts sur les données pour évaluer l'état des connaissances en matière de santé de la population.

3.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE

La politique sur la santé de la population de la Colombie-Britannique repose sur les objectifs de santé de la province et a été élaborée dans le contexte de la décentralisation des services. En 1991, la Commission royale d'enquête sur les soins et les coûts de santé de la Colombie-Britannique a conseillé au gouvernement de fixer des objectifs provinciaux précis et a recommandé une méthode pour mesurer et consigner les progrès accomplis(46). Pour favoriser l'acceptation des objectifs par la population, le médecin-chef de la province, qui avait été chargé de leur élaboration, a consulté des

(45) L'information figurant dans ce chapitre s'inspire d'un document intitulé *Politique en matière de santé de la population en Colombie-britannique*, rédigé par Laura Corbett pour le compte du Sous-comité.

(46) British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, *Policy and Practice: A Report on the Use of British Columbia's Health Goals by B.C. Government Ministries*, BC Provincial Health Officer, janvier 2001, http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2001/ppfinal.pdf.

ministères, des organismes communautaires et des citoyens en recourant à des processus jugés exhaustifs qui ont nécessité d'importantes ressources[47].

Approuvés en 1997, les objectifs ont défini une vision et un plan d'action pour une population en santé. Axés sur la santé de la population, ils allaient au-delà de la prestation de services de santé pour s'attaquer à d'autres déterminants de la santé :

1. Conditions de vie et de travail : Conditions de travail positives et favorables dans toutes les collectivités de la Colombie-Britannique.
2. Capacités, compétences et choix individuels : Occasion pour tous d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences nécessaires pour s'épanouir, surmonter les difficultés de la vie et faire des choix propices à la santé.
3. Environnement physique : Environnement physique diversifié et durable où l'air, l'eau et la terre sont propres, sains et sûrs.
4. Services de santé : Système de santé efficace et efficient qui assure un accès équitable à des services adéquats.
5. Santé des Autochtones : Amélioration de la santé des peuples autochtones.
6. Prévention des maladies et des blessures : Réduction des maladies, des blessures, des handicaps et réduction des décès prématurés évitables[48].

Ces objectifs étaient assortis de 44 cibles précises et de 150 exemples d'indicateurs permettant de mesurer les progrès réalisés. De plus, le gouvernement a mis un guide à la disposition des régies régionales de la santé et des organismes communautaires pour les aider à établir des cibles et des stratégies adaptées aux conditions locales, mais reflétant la vision et les objectifs provinciaux[49]. Le médecin-chef de la Colombie-Britannique a dirigé les efforts destinés à promouvoir et à consigner les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs.

Les objectifs provinciaux de santé n'étaient pas exclusivement destinés aux régies régionales de la santé, au médecin-chef de la province ou au ministère de la Santé. Ils ont été conçus pour être utilisés par tous les ordres de gouvernement, le secteur

---

(47) D. L. Williamson, C. D. Milligan, B. Kwan, C. J. Frankish et P. A. Ratner, « Implementation of Provincial/Territorial Health Goals in Canada », *Health Policy*, vol. 63, 2001, p. 173 à 191.

(48) British Columbia Ministry of Health, *Framework for Health Goals and a Healthy Population in BC*, 1997, http://www.health.gov.bc.ca/pho/hlthgoals.html.

(49) D.L. Williamson et coll. (2003), *op. cit.*

privé, les entreprises, le secteur sans but lucratif et la société dans son ensemble. Toutefois, un examen réalisé en 2000 par le médecin-chef de la province a révélé que, même si la plupart des ministères avaient une meilleure compréhension de la santé et de ses déterminants, l'administration provinciale n'avait pas pleinement adopté ni utilisé les objectifs comme modèle de planification officiel[(50)].

Pendant que les objectifs provinciaux de santé étaient en cours d'élaboration, le système de santé de la Colombie-Britannique a fait l'objet d'une importante restructuration caractérisée par une décentralisation partielle de la prestation des services, dont la responsabilité est passée aux régies régionales de la santé. On s'attendait à ce que ces régies soient plus à même que leurs équivalents provinciaux et fédéraux de produire des cibles, des indicateurs, des stratégies et des programmes mieux adaptés aux caractéristiques et aux ressources locales[(51)]. Toutefois, une vérification effectuée deux ans après le lancement des objectifs provinciaux a révélé que leur utilisation restait très mitigée au niveau régional[(52)].

À l'heure actuelle, la Colombie-Britannique compte cinq régies régionales de la santé. Parmi elles, la régie du district intérieur de la province a pris les devants pour ce qui est des déterminants de la santé. Son rapport intitulé *Beyond Health Services and Lifestyle: A Social Determinants Approach to Health*[(53)] vise à susciter un débat sur la santé de la population en permettant aux intéressés de mieux comprendre la façon dont les conditions socioéconomiques influencent la santé, tout comme la génétique, les habitudes de vie et les services de santé. Il est à espérer que cette conscientisation, conjuguée à une volonté politique, exercera un effet catalyseur sur le travail de collaboration intersectorielle nécessaire à la réduction des disparités en matière de santé.

---

(50) British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors (2001), *op. cit.*

(51) D. L. Williamson et coll. (2003), *op. cit.*

(52) P. Kendall, *Report on the Use of Provincial Health Goals in Regional Health Service Plans*, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1999.

(53) R. Dovell (2006), *Beyond Health Services and Lifestyle: A Social Determinants Approach to Health*, Kelowna: Interior Health, http://www.interiorhealth.ca/NR/rdonlyres/BD005CE4-E0DF-441A-8DD2-4AC315A359B2/0/PopHealthSDOHReportOctober2006.pdf.

La régie du district intérieur de la Colombie-Britannique reconnaît qu'une lutte efficace contre ces disparités nécessite des interventions tant sociales qu'économiques qui dépassent le cadre de ses responsabilités. Pour elle, le défi consiste à aller au-delà du traitement des maladies et de la promotion de habitudes de vie saines pour agir, de concert avec d'autres intervenants, sur les grands déterminants sociaux de la santé. Autrement dit, la régie régionale accepte la responsabilité particulière d'agir comme catalyseur du changement.

ActNow BC, initiative pangouvernementale de promotion de la santé lancée en 2006 au sein du ministère de la Santé, est l'un des principaux exemples d'action intersectorielle menée à l'échelle provinciale. ActNow BC cherche à améliorer la santé des habitants de la Colombie-Britannique par des mesures permettant de réduire les maladies chroniques et d'affronter les facteurs courants de risque, tels que l'inactivité, la mauvaise alimentation, l'obésité, le tabagisme et les habitudes de vie malsaines prises durant la grossesse. ActNow BC s'est fixé les objectifs suivants pour 2010 :

- Accroître de 20 p. 100 la proportion de résidents de la province qui sont physiquement actifs.
- Accroître de 20 p. 100 la proportion d'adultes qui consomment chaque jour au moins cinq portions de fruits et de légumes.
- Réduire de 20 p. 100 la proportion d'adultes qui ont un excès de poids ou sont obèses;
- Réduire de 10 p. 100 la consommation de tabac.
- Accroître de 50 p. 100 le nombre de femmes qui assistent à des séances d'information sur les dangers de l'alcool et du tabac durant la grossesse(54).

ActNow BC, qui est dirigé par un ministre d'État, met à contribution la totalité des 19 ministères provinciaux. Chaque ministère est tenu d'examiner son mandat, ses objectifs, ses programmes, ses activités et ses résultats dans une optique de promotion de la santé et de les faire correspondre aux objectifs d'ActNow BC. Le ministre d'État est responsable du marketing social et de la sensibilisation. Il donne des conseils et appuie les ministères, s'occupe de la surveillance et de l'évaluation et fait part au Cabinet des

(54) British Columbia Ministry of Health, *Backgrounder: About ActNow BC*, 23 mars 2006, http://www2.news.gov.bc.ca/news_releases_2005-2009/2006HEALTH0017-000253-Attachment1.htm.

progrès réalisés. Un appui est assuré par le comité des sous-ministres adjoints d'ActNow BC, qui se compose de représentants de tous les ministères provinciaux. Le comité tient des réunions mensuelles au cours desquelles ses membres échangent des informations et discutent de stratégies. Ces réunions aident les sous-ministres adjoints à considérer le mandat et les activités de leurs ministères dans une optique de promotion de la santé, de façon à renforcer l'adhésion des ministères et de leurs dirigeants[(55)].

ActNow BC est aussi une initiative intersectorielle, qui déborde le cadre de l'administration provinciale. Plus de 70 partenaires du gouvernement fédéral, des administrations locales, du secteur non gouvernemental, des collectivités, des écoles et du secteur privé participent aux activités, veillant ainsi à étendre la responsabilité de l'amélioration de la santé de la population de la Colombie-Britannique à tous les secteurs de la société.

3.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Un certain nombre d'initiatives sont actuellement en cours en Colombie-Britannique en vue d'améliorer la base d'information dont peuvent se servir les décideurs qui adoptent une approche axée sur la santé de la population. Ainsi, l'Enquête sur la santé et le mieux-être de la Colombie-Britannique a été lancée en 2006 en vue de recueillir de meilleurs renseignements sur les habitudes de vie liées à la santé dans la province. Les données tirées de l'enquête ont une triple utilité : permettre aux collectivités locales de surveiller les cibles d'ActNow BC relatives aux habitudes de vie et les initiatives visant à atteindre ces cibles; servir à évaluer les grandes questions de santé publique; orienter l'élaboration des politiques publiques visant à améliorer la santé de la population de la province. L'enquête est conçue sur le modèle du Système rapide de surveillance des facteurs de risque de l'Ontario, enquête téléphonique sur échantillon aléatoire qui se déroule pendant toute l'année et permet de suivre les facteurs comportementaux de risque pour la santé ainsi que l'état général de santé. L'enquête a été mise au point pour donner

(55) Gordon Hogg, ministre d'État, ActNow BC, Mémoire au Sous-comité sénatorial sur la santé des populations, 12 décembre 2007.

suite aux demandes de médecins, d'épidémiologistes, de planificateurs et d'administrateurs de la santé qui avaient besoin de données plus détaillées, au niveau local, que celles qui étaient auparavant recueillies en Colombie-Britannique[(56)].

Pour appliquer des données à l'échelle locale, l'Unité de surveillance de la santé de la population de la régie de la santé de l'île de Vancouver a conçu un système d'information géographique sur la santé, qui sert à la fois de plate-forme d'intégration de l'information et d'outil d'analyse détaillée dans une perspective de santé de la population[(57)]. À l'aide de ce système et d'un vaste éventail de sources de données, il est possible d'examiner les services de santé et la planification des programmes dans une optique de santé de la population. Les renseignements tirés du système servent de base aux décisions de la régie de la santé de l'île de Vancouver quant à l'emplacement des services, à la composition et au nombre des équipes de gestion des cas et à l'éventail des services nécessaires.

Une étude a fait ressortir de sérieuses lacunes dans la capacité du milieu de la recherche de la Colombie-Britannique à utiliser les données sur la protection de la santé, la prévention des maladies et l'action sur les déterminants de la santé pour concevoir des politiques et des programmes, mais elle a révélé la présence dans chacune des cinq régies régionales de la santé d'au moins un employé pouvant faire de la recherche dans ces domaines[(58)]. Au cours des deux dernières années, le Réseau de la santé de la population de la Colombie-Britannique a amené les chefs de file de la santé de la population de toutes les régies régionales de la santé à communiquer entre eux pour échanger les pratiques les plus fonctionnelles et renforcer les capacités[(59)].

---

(56) British Columbia Provincial Health Services Authority, *British Columbia Health and Wellness Survey Descriptive Report*, janvier 2007.

(57) D. K.Barnard et W. Hu, « The Population Health Approach: Health GIS as a Bridge from Theory to Practice », *International Journal of Health Geographics*, 4, 23, 2007.

(58) Ron Dovell, *Discussion Paper: Capacity for Upstream Evidence in B.C.*, BC Population & Public Health Evidence Network, décembre 2006, http://www.phabc.org/modules.php?name=Contentpub&pa=showpage&pid=34.

(59) Lex Baas, régie régionale de la santé du district intérieur de la Colombie-Britannique, *Témoignages*, 12 décembre 2007.

Enfin, la régie provinciale des services de santé et la Direction de la gestion du savoir et de la technologie du ministère de la Santé ont chargé un groupe d'experts de déterminer l'état actuel des connaissances sur la santé de la population et les domaines où les données probantes demeurent insuffisantes. Les conclusions du groupe serviront de point de départ pour l'établissement du programme de recherche du ministère[60].

(60) Ron Dovell (2006), *op. cit.*

CHAPITRE 4 : MANITOBA[61]

4.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Depuis le début des années 1990, le ministère de la Santé appuie une approche axée sur la santé de la population qui vise à réduire les disparités en matière de santé. La terminologie de la santé de la population est présente dans les documents de politique et de planification des offices régionaux de la santé du Manitoba, mais le rôle des offices à l'égard des grands déterminants de la santé semble ambigu.

- Le programme Enfants en santé Manitoba est un exemple intéressant d'initiative interministérielle dirigée par un comité de haut niveau du Cabinet qui se fonde sur une approche intersectorielle pour améliorer le bien-être des enfants et des jeunes manitobains.

- Pour ce qui est des efforts en matière de santé de la population déployés à l'extérieur du secteur de la santé, un cadre stratégique et une optique de développement économique communautaire ont été élaborés afin d'institutionnaliser l'intégration des stratégies de développement communautaire dans les politiques et les programmes de l'ensemble des ministères provinciaux, mais des problèmes se sont posés au stade de la mise en œuvre.

- Le Manitoba a l'avantage de recueillir depuis longtemps des données administratives longitudinales, de disposer d'une bonne capacité de recherche conjointe et de pouvoir mener des activités d'application des connaissances acquises, ce qui lui procure une assise solide pour la surveillance, l'évaluation et la production de données pour élaborer des politiques publiques, des programmes et des pratiques favorables à la santé.

4.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE

En 1992, Santé Manitoba a publié le *Plan d'action manitobain : Pour un meilleur système de santé*, qui énonçait le credo et les objectifs d'une stratégie devant définir la nouvelle politique de la santé et le mode de planification et de prestation des services au Manitoba pour les années 1990. Le Plan d'action comprenait une série

(61) L'information figurant dans ce chapitre s'inspire d'un document intitulé *Politique en matière de santé de la population en Manitoba*, rédigé par Laura Corbett pour le compte du Sous-comité.

d'objectifs de réforme de la santé, dont l'amélioration de l'état de santé général des Manitobains et la réduction des disparités[62].

Les responsabilités provinciales en matière de santé de la population ont été décrites en 1997 dans le document *Cadre de planification visant à promouvoir, à préserver et à protéger la santé des Manitobains*. Elles comprenaient ce qui suit : 1) déterminer les priorités provinciales, 2) élaborer une stratégie provinciale de la santé, 3) évaluer l'état de santé et les besoins en matière de santé à l'échelle provinciale, 4) coordonner la stratégie de la santé à l'échelle de la province, 5) diriger des projets de recherche, y participer et communiquer les résultats[63].

La *Loi sur les offices régionaux de la santé* de 1997 définit les responsabilités des offices régionaux de la santé en matière de santé publique et de santé de la population. Chaque office est responsable de l'évaluation de l'état de santé et des besoins en santé dans la région qu'il dessert, de l'établissement des priorités régionales ainsi que de la gestion de l'organisation et de la prestation des programmes et des services[64]. Il incombe en outre aux offices régionaux de surveiller les effets de leurs interventions sur la santé, de faire des recherches sur le terrain et de participer aux recherches provinciales[65].

Une récente enquête réalisée dans trois offices régionaux de la santé du Manitoba a montré à quel point il est difficile d'adopter une approche axée sur la santé de la population à l'échelle régionale. Peu de répondants ont dit de la santé de la population qu'elle nécessitait une action au niveau des déterminants de la santé et presque personne

---

(62) Kay Willson et Jennifer Howard, *Le Chaînon manquant : Les effets de la privatisation des soins de santé sur les femmes du Manitoba et de la Saskatchewan*, Winnipeg, Centre d'excellence pour la santé des femmes, région des Prairies, 2000.

(63) Santé Manitoba, *Cadre de planification visant à promouvoir, préserver et protéger la santé de tous les Manitobains,* 1997, http://www.gov.mb.ca/health/documents/planning.fr.pdf.

(64) Benita Cohen, « Population Health as a Framework for Public Health Practice: a Canadian Perspective », *American Journal of Public Health*, vol. 96, n° 9, 2006, p. 1574 à 1576.

(65) Santé Manitoba (1997), *op. cit.*

n'a évoqué la réduction des disparités sociales et économiques en matière de santé comme étant d'une importance cruciale dans l'optique de la santé de la population[(66)].

Le programme Enfants en santé Manitoba est un modèle d'action intersectorielle offrant une gamme complète de programmes et de services aux enfants, aux jeunes et aux familles, de la conception jusqu'à l'adolescence : Approche axée sur les parents et les enfants, Stratégie de prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale, Bébés en santé, Familles d'abord, Triple P ou Programme d'entraînement parental positif, Écoles en santé et Stratégie de développement des adolescents en santé. Lancé en 2000, le programme Enfants santé Manitoba fait intervenir différents ministères provinciaux, d'autres ordres de gouvernement et des groupes communautaires dans l'élaboration d'une politique publique axée sur l'enfant, qui prévoit une aide financière et des services communautaires de soutien à la famille[(67)].

Enfants en santé Manitoba est guidé par un comité ministériel qui se réunit tous les deux mois pour veiller à la coopération et à la coordination interministérielles des programmes et des services. Dirigé par la ministre déléguée à la Vie saine et appuyé par le Comité des sous-ministres pour Enfants en santé, le comité ministériel était composé des membres suivants du Cabinet en 2006-2007 : ministre de la Santé, ministre des Affaires autochtones et du Nord, ministre de la Justice, ministre de la Culture, du Patrimoine et du Tourisme, ministre du Travail et de l'Immigration et ministre déléguée à la Situation de la femme, ministre de l'Éducation, de la Citoyenneté et de la Jeunesse, ministre des Services à la famille et du Logement. L'existence de ce comité parmi le petit nombre de comités du Cabinet suffit pour indiquer que la santé des enfants et des jeunes constitue une importante priorité du gouvernement. À l'heure actuelle, le comité ministériel pour Enfants en santé du Manitoba est le seul groupe canadien de ce rang dont l'activité est consacrée aux enfants et aux jeunes[(68)].

---

(66) Benita Cohen (2006), *op. cit.*

(67) Enfants en santé Manitoba, *À propos du programme Enfants en santé Manitoba*, http://www.gov.mb.ca/healthychild/about/index.fr.html.

(68) Enfants en santé Manitoba, *Rapport annuel 2006-20007*, http://www.gov.mb.ca/healthychild/about/annual_report_2006_07_fr.pdf.

Un autre exemple d'action intersectorielle est l'adoption par le gouvernement d'un cadre stratégique et d'une optique de développement économique communautaire (DEC) devant régir l'élaboration des politiques et des programmes[(69)]. La province considère le développement économique communautaire comme un processus dirigé par la collectivité, qui combine des objectifs sociaux, économiques et environnementaux pour bâtir des collectivités saines et économiquement viables[(70)]. Le cadre stratégique aide les ministères à soutenir les initiatives économiques communautaires à objectifs multiples, qui permettent souvent d'agir sur plusieurs déterminants de la santé. Les fonctionnaires se servent de l'optique définie pour examiner les politiques et les programmes.

Pour faciliter les relations interministérielles, le gouvernement a créé un organisme central, le Secrétariat du Comité du Cabinet chargé du développement économique et communautaire, qui est responsable de la mise en œuvre de la politique de DEC. Par l'intermédiaire du Comité du Cabinet, le Secrétariat coordonne les grands projets économiques et de développement qui nécessitent une collaboration interministérielle. Il dirige aussi le groupe de travail sur le DEC, équipe interministérielle qui se réunit régulièrement pour sensibiliser l'administration publique au DEC et encourager l'utilisation du cadre stratégique et de l'optique de DEC.

La création d'un comité de haut niveau du Cabinet ne semble pas, dans ce cas, avoir eu autant de succès que le programme Enfants en santé Manitoba. Comme le Comité du Cabinet chargé du développement économique communautaire est responsable de tout un éventail de domaines, la politique de DEC a rarement été considérée comme prioritaire. De plus, le Comité ne disposait que de son pouvoir de persuasion pour influencer les activités des ministères et encourager la mise en œuvre du

(69) Fran Racher et Robert Annis, « Health Promotion in Manitoba: Partnering for Action », Michel O'Neill et coll., *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, 2e édition, Toronto, Canadian Scholars Press, 2007.

(70) Eugene Kostyra, « Fait au Manitoba : Cadre stratégique et perspective de développement économique communautaire », *Horizons*, vol. 8, no 2, 2006, http://www.recherchepolitique.gc.ca/doclib/v8n2_f.pdf.

cadre stratégique et de l'optique de DEC. Les ministères n'ayant pas été tenus responsables de leur contribution au DEC, la mise en œuvre a varié d'un ministère à l'autre[71].

4.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Le Manitoba est reconnu pour la très grande richesse de ses données sur la santé grâce à sa Base de données sur la santé de la population, qui existe depuis 30 ans. La province est bien servie non seulement par la multitude des données, mais aussi par le fait qu'elles sont conservées sous une forme qui permet de les relier à des renseignements individuels provenant d'autres secteurs ministériels, comme le logement, le soutien du revenu et l'éducation, pour obtenir un tableau détaillé des déterminants de la santé et de l'état de santé de la population[72]. En fait, une revue des études réalisées entre 1994 et 2002 à l'aide de données administratives longitudinales a révélé que la proportion des recherches portant sur les déterminants socioéconomiques de la santé au Manitoba (22 p. 100) dépassait de loin celle de la Colombie-Britannique (6 p. 100) et de l'Ontario (3 p. 100)[73]. La possibilité de relier des ensembles de données entre différents secteurs a l'avantage supplémentaire de renforcer la collaboration interministérielle[74].

À l'Université du Manitoba, le Centre for Health Policy and Evaluation utilise la Base de données sur la santé de la population pour déterminer l'état de santé des Manitobains en analysant leur utilisation des services de santé, mais aussi en examinant les facteurs sociaux et économiques qui agissent sur différents segments géographiques et démographiques de la population. Ses travaux de recherche ont permis d'établir que les

---

(71) Byron Sheldrick et Kevin Warkentin, *The Manitoba Community Economic Development Lens: Local Participation and State Restructuring*, Centre canadien de politiques alternatives – Manitoba, avril 2007; et Shauna MacKinnon, « L'économie sociale au Manitoba : Concevoir une politique publique d'inclusion sociale », *Horizons*, vol. 8, n° 2, 2006, http://www.recherchepolitique.gc.ca/doclib/v8n2_f.pdf.

(72) Marni Brownell, *Inégalités en santé des enfants : évaluation des rôles de la famille, de la collectivité, de l'instruction et des soins de santé*, Atelier régional de l'ISPC, 2003.

(73) Leslie Roos, Verena Menec et R.J. Currie, « Policy analysis in an information-rich environment », *Social Science & Medicine*, vol. 58(11), p. 2231 à 2241, 2004.

(74) Noraloo Roos, Université du Manitoba, *Témoignages*, 13 février 2008.

habitants des secteurs relativement défavorisés recourent plus fréquemment aux services de santé et tendent à être moins bien portants que les autres[75]. Le manque d'accès aux soins de santé n'est pas le seul élément qui contribue à ce gradient; il y a aussi des facteurs économiques et sociaux comme le chômage, le revenu et le niveau d'instruction. Il n'est donc pas surprenant que le segment le plus défavorisé de la population ait la plus forte demande de soins de santé. Par conséquent, le Manitoba s'efforce de réaffecter des ressources dans le système de santé de façon à répondre aux besoins sociaux des segments de la population qui ont le plus de difficultés, et tout particulièrement des enfants qui vivent dans la pauvreté[76]. Ces travaux ont été enrichis par une équipe de recherche du Centre, dont le travail d'application des connaissances a permis de « fournir des renseignements précis en temps opportun aux décideurs, aux analystes et aux prestataires de soins de santé afin qu'ils puissent offrir des services à la fois efficaces et efficients pour améliorer la santé des Manitobains »[77].

---

(75) Norman Frohlich et coll., *A Report on the Health Status, Socio-Economic Risk and Health Care Use of the Manitoba Population 1992-93 and Overview of the 1990-91 to 1992-1993 Findings*, Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, 1994.

(76) John Frank et Fraser Mustard, *The Determinants of Health from a Historical Perspective*, Founders Network, 1998.

(77) Instituts canadiens de recherche en santé, *D^re^ Patricia Martens – L'équipe qui a besoin de savoir et le Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba*, http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29970.html.

Un autre point fort du travail de recherche sur la santé de la population au Manitoba est le partenariat officiel entre les Premières nations de la province et les chercheurs du département des sciences de la santé communautaire de l'Université du Manitoba[(78)]. Ce partenariat, formé il y a 20 ans, a donné naissance à des façons nouvelles et innovatrices d'élaborer des organismes, des initiatives de formation et des projets qui renforcent les principes de gouvernance des Premières nations. Ainsi, les efforts de l'Assemblée des chefs du Manitoba et de l'Unité de recherche sur la santé de la population du Nord ont permis de créer le Centre for Aboriginal Health Research, qui organise, coordonne et appuie des activités de recherche conçues pour aider les Premières nations ainsi que les communautés et les organismes autochtones à promouvoir la guérison, le mieux-être et l'amélioration des services de santé.

(78) John O'Neil, Brenda Elias et Jennie Wastesicoot, « Building a Health Research Relationship Between First Nations and the University in Manitoba », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 96, suppl. 1, p. S9 à S12, 2005.

CHAPITRE 5 : NOUVEAU-BRUNSWICK

5.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- En 2001, le Comité spécial des soins de santé de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick a recommandé l'adoption d'une approche pangouvernementale axée sur la santé de la population. Son cadre de promotion du mieux-être a fourni au gouvernement une vaste orientation stratégique de portée générale visant à l'amélioration de la santé de la population.

- Le Comité spécial a recommandé l'élaboration d'un plan d'action appuyant la mise en œuvre de cette stratégie au moyen d'un mécanisme de coordination interministériel de haut niveau, par exemple un comité composé de sous-ministres.

- En 2006, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a rendu public le détail d'une stratégie du mieux-être, qui ne reflète cependant pas l'approche pangouvernementale recommandée par le Comité spécial pour l'amélioration de la santé de la population. Cette stratégie ne porte que sur les contributions du secteur de la santé, qui se résument à la promotion de la santé et à la prévention des maladies.

- Le Comité de stratégie du mieux-être des sous-ministres a été mis sur pied dans le cadre de la stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick. Il assurera notamment la promotion et la coordination des activités du gouvernement concernant le mieux-être et facilitera l'élaboration soutenue de la politique sur la santé publique. Il pourrait s'agir d'une importante étape vers l'adoption d'une approche plus vaste axée sur la santé de la population.

5.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

Depuis deux décennies, on ne cesse de débattre, au Nouveau-Brunswick, de la vision globale de la santé et des stratégies relatives à la santé de la population. En 1989, la Commission sur certains programmes de soins de santé a souligné les limites du système de santé et la nécessité d'examiner des solutions de remplacement pour le développement de populations en santé. Elle a affirmé qu'il incombait au gouvernement de fixer des objectifs, des buts et des cibles en matière de santé pour que les politiques économique et sociale donnent des résultats. Elle a également fait observer que les gens avaient besoin d'aide pour faire des choix de vie sains dans leur vie et qu'ils devaient pour cela mieux comprendre les facteurs qui entraînent une bonne ou une mauvaise santé.

Il fallait également les aider à faire des choix éclairés relatifs aux traitements et aux soins parallèles. De plus, la Commission a souligné qu'à l'instar des ministères de la Santé et de l'Éducation, d'autres ministères tels que l'Environnement, le Soutien du revenu, le Travail, les Transports, l'Agriculture, les Pêches, l'Habitation et la Justice devraient se concerter pour créer un programme de promotion de la santé et d'éducation en matière de santé qui s'adresse aux personnes à faible revenu, aux enfants d'âge scolaire, aux parents, aux bénéficiaires de soins prénataux et postnataux, aux personnes âgées ainsi qu'aux personnes handicapées, et qu'ils devraient y prendre part activement[(79)].

Pour donner suite à ce qui précède, le gouvernement provincial a publié en 1990 *Santé 2000*, qui appuyait le concept global de la santé défini par l'Organisation mondiale de la santé dans son plan *La santé pour tous d'ici l'an 2000*. Dans *Santé 2000*, le gouvernement a également énoncé cinq buts en matière de santé qui forment un cadre pour la planification, l'établissement des priorités et l'évaluation des programmes.

1. Faire en sorte que les résidents du Nouveau-Brunswick vivent plus longtemps sans maladie, invalidité ou handicap majeurs.
2. Chercher davantage à promouvoir la santé et à prévenir la maladie.
3. Faire en sorte que les personnes, les familles et les collectivités soient saines, fortes et solidaires.
4. Favoriser la création d'environnements sûrs pour tous les Néo-Brunswickois.
5. S'il y a lieu, rendre les services de santé et les services communautaires plus accessibles, plus abordables et mieux adaptés aux besoins de la population du Nouveau-Brunswick[(80)].

Dans *Santé 2000*, on invitait aussi les ministères, les fournisseurs de services de santé, les organismes communautaires et les personnes à transformer les buts en objectifs, cibles et actions stratégiques. Dans le document intitulé *Public Health Service: Vision, Mission, Goals and Objectives*, publié en 1993, on a établi des objectifs

(79) Commission sur certains programmes de soins de santé, *Rapport*, gouvernement du Nouveau-Brunswick, mai 1989.

(80) Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Vers une stratégie globale en matière de santé – Santé 2000 : Vision, principes et objectifs*, 1990.

par domaine de priorité afin de surveiller l'état de santé de la population du Nouveau-Brunswick [81].

En 1999, une commission mandatée par le gouvernement provincial a recommandé, elle aussi, l'adoption d'un modèle de mieux-être axé sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. Ce qui est peut-être plus intéressant encore, c'est qu'elle a recommandé au gouvernement de faire appel à tous les secteurs de la politique publique afin de favoriser la santé de manière coordonnée grâce à un comité de sous-ministres qui aurait aussi pour mandat de surveiller continuellement l'incidence des politiques, nouvelles et bien établies, sur les déterminants de la santé [82].

En 2000, le Comité spécial des soins de santé de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick a présenté un premier rapport sur les différentes politiques provinciales sur la santé et le mieux-être. Ce rapport contenait un répertoire des politiques, programmes et initiatives ayant une incidence sur les déterminants de la santé, qui a été élaboré à partir de renseignements fournis par les sous-ministres. Les politiques et les programmes de 15 ministères et organismes ont été classés en fonction de leur incidence sur huit déterminants de la santé (revenu et situation sociale, réseaux de soutien social, niveau d'instruction, emploi et conditions de travail, environnement physique, santé personnelle et capacité d'adaptation, sain développement dans l'enfance et services de santé). Reconnaissant que de nombreux programmes gouvernementaux contribuent à la santé de la population, le Comité a signalé qu'il n'y avait encore aucune orientation coordonnée, globale et de haut niveau grâce à laquelle on pourrait s'assurer que tous les ministères s'efforcent d'améliorer la santé de la population[83].

---

(81) Government of New-Brunswick, *Public Health Service: Vision, Mission, Goals and Objectives*, 1993.

(82) Comité d'examen des soins de santé, *Rapport du Comité*, gouvernement du Nouveau-Brunswick, février 1999.

(83) Comité spécial des soins de santé, *Rapport d'étape sur la stratégie du mieux-être*, premier rapport, deuxième session, 54e législature du Nouveau-Brunswick, 15 juin 2000, http://www.gnb.ca/legis/business/committees/reports/healthfirstrep-f/healthfirstrep-f.asp.

Un an plus tard, le Comité spécial des soins de santé a publié un deuxième rapport intitulé *Stratégie de mieux-être pour le Nouveau-Brunswick* dans lequel il a recommandé une approche pangouvernementale novatrice axée sur la santé de la population. La stratégie proposée était axée sur les modes de vie sains, les enfants et les jeunes, les aînés, les collectivités et le milieu de travail. Parmi les éléments clés nécessaires à la mise en œuvre efficace de la stratégie, indiquons le leadership du gouvernement, la collaboration et les partenariats, la recherche reposant sur des données probantes, la surveillance et la production de rapports, la participation des citoyens et l'engagement à long terme. Dans son rapport, le Comité a recommandé que tous les ministères effectuent une évaluation des incidences sur la santé lorsqu'ils élaborent ou revoient des politiques et des programmes; il a aussi recommandé que le thème de la santé de la population soit intégré au système de mesure du rendement du gouvernement. Pour favoriser l'action intersectorielle, le Comité a recommandé l'établissement d'un centre de liaison de premier plan au sein du gouvernement. Le mandat de ce centre de liaison, ou secrétariat, se résumerait comme suit : 1) travailler avec d'autres ministères et intervenants; 2) représenter une source de connaissances sur le mieux-être; 3) publier un rapport annuel sur le mieux-être de la population; 4) favoriser l'utilisation d'une approche communautaire axée sur le mieux-être. Enfin, le Comité a recommandé l'établissement d'un mécanisme de coordination interministériel de haut niveau, par exemple un comité composé de sous-ministres, pour l'élaboration d'un plan d'action concernant la mise en œuvre de la stratégie(84).

En 2002, le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé, créé en 2000 et doté d'un mandat de deux ans, a publié un rapport sur le renouvellement du système de santé. Le Conseil affirmait : « La santé de la population du Nouveau-Brunswick n'est pas déterminée par les seuls investissements dans le système de santé. Le revenu, les conditions de travail, l'environnement, le développement de la petite enfance, l'éducation et le soutien social sont des déterminants sociaux de la santé, tout comme le mode de vie et les services de santé. Des changements durables dans l'état

(84) Comité spécial des soins de santé, *Ensemble pour le mieux-être – Stratégie de mieux-être pour le Nouveau-Brunswick*, deuxième rapport, troisième session, 54e législature du Nouveau-Brunswick, avril 2001, http://www.gnb.ca/legis/business/committees/reports-f.asp.

de santé des Néo-Brunswickois passent par tous ces facteurs. » Le Conseil a donc appuyé les recommandations du Comité spécial des soins de santé et a affirmé que le schéma directeur du renouvellement du système de santé proposé devrait reposer sur la mise en œuvre des recommandations détaillées et réfléchies du Comité spécial [(85)].

En 2004, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a publié *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau-Brunswick – Plan provincial de la santé 2004-2008*. Fait intéressant, il y mentionnait l'amélioration de la santé de la population comme sa première priorité stratégique et annonçait qu'il comptait mettre en œuvre une stratégie du mieux-être. Dans ce document, le gouvernement a approuvé l'orientation générale préconisée par le Comité spécial des soins de santé dans son rapport; il ne s'est toutefois pas engagé à adopter l'approche pangouvernementale à l'égard de la santé que recommandait le Comité spécial. En fait, *Un avenir en santé* traite uniquement des contributions du secteur de la santé, qui se traduisent par la promotion de la santé et par la prévention des maladies[(86)]. Des experts croient toutefois que les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies pourraient être considérées comme les premières étapes de l'élaboration d'une approche globale axée sur la santé de la population[(87)].

Le document *Stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick*, publié en 2006, fournit des précisions au sujet des initiatives qui allaient former la stratégie du mieux-être, annoncée dans le rapport *Un avenir en santé*. Cette stratégie vise l'augmentation de l'activité physique, la promotion d'une alimentation saine, la prévention et la réduction du tabagisme, ainsi que l'adoption de mesures favorisant la santé mentale et la résilience psychologique, et elle met l'accent sur les partenariats de même que sur la collaboration. Elle prévoyait une campagne de marketing social

---

(85) Rapport du Conseil du premier ministre, *Renouvellement du système de santé*, gouvernement du Nouveau-Brunswick, janvier 2002, http://www.gnb.ca/0089/documents/f-phqc.pdf.

(86) Ministère de la Santé et du Mieux-être, *Un avenir en santé : Protéger le système de santé du Nouveau-Brunswick – Plan provincial de la santé 2004-2008*, gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2004, http://www.gnb.ca/0051/promos/healthplan/index-f.asp.

(87) Monique Allain et Marlien MacKay, « Nouveau-Brunswick: Government Policy and Action », *Health Promotion in Canada – Critical Perspectives*, deuxième édition, 2007, p. 189 et 190.

multimédias ayant pour objectif de mieux faire connaître les avantages d'un mode de vie sain et actif et d'encourager les citoyens à assumer davantage la responsabilité de leur santé[88]. Cette campagne a été lancée en 2007 et avait pour thème « Destination : mieux-être »[89].

Fait digne d'être mentionné, le gouvernement du Nouveau-Brunswick collabore avec d'autres gouvernements des provinces de l'Atlantique à l'élaboration d'une stratégie du mieux-être pour la région; les premiers ministres des provinces de l'Atlantique demandent l'élaboration d'une stratégie nationale du mieux-être avec la coopération de l'ensemble des provinces et des territoires[90].

5.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Dans le cadre de la Stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick, le gouvernement investit dans une étude longitudinale et dans un projet de recherche grâce auxquels il pourra évaluer systématiquement les progrès accomplis au fil du temps. Un comité de stratégie du mieux-être composé de sous-ministres surveillera la mise en œuvre de la Stratégie et présentera un rapport d'étape tous les quatre ans. Ce comité doit également promouvoir et coordonner les activités de mieux-être du gouvernement et faciliter l'élaboration soutenue de politiques de santé publique[91]. Voilà qui pourrait ouvrir la voie à une approche globale concernant la santé de la population.

---

(88) Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick : Une initiative du Plan provincial de la santé*, janvier 2006, http://www.cahperd.ca/eng/advocacy/cross_canada/documents/wellnessstrategy2006.pdf.

(89) Ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport, *Le Nouveau-Brunswick est invité à se diriger vers la « Destination : mieux-être »*, communiqué, gouvernement du Nouveau-Brunswick, 5 septembre 2007, http://www.gnb.ca/cnb/newsf/wcs/2007f1104wc.htm.

(90) Government of Newfoundland and Labrador, *Premiers Discuss Action on Issues of Mutual Concern*, communiqué, 22 novembre 2002, http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2002/exec/1122n07.htm.

(91) Stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick (2006), *op. cit.*

CHAPITRE 6 : TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

6.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Le Plan social stratégique de Terre-Neuve-et-Labrador énonçait en 1998 une vision pour le développement social à long terme, en intégrant le développement social et le développement économique et en harmonisant l'investissement social avec les stratégies de développement communautaire et régional. Des consultations provinciales menées par un comité consultatif externe ont servi à l'élaboration du Plan. Sous l'égide du Comité de la politique sociale du Cabinet, le Plan a été mis en œuvre grâce à un partenariat entre les groupes communautaires, les conseils régionaux, les citoyens et les pouvoirs publics.

- Terre-Neuve-et-Labrador est la deuxième province canadienne à s'attaquer à la réduction de la pauvreté au moyen d'une stratégie exhaustive et intégrée. Sous la direction d'un comité ministériel, le plan décennal de la province vise à améliorer l'accès des personnes à faible revenu aux services, à renforcer le filet de sécurité sociale, à hausser les revenus d'emploi, à renforcer le développement de l'enfance et à améliorer le niveau général d'instruction de la population.

- Le Plan de mieux-être de Terre-Neuve-et-Labrador de 2006 représente la plus importante initiative de promotion de la santé dans l'histoire de la province. Dans un premier temps, il met l'accent sur un mode de vie sain fondé sur une alimentation saine, sur l'activité physique, sur la répression du tabagisme et sur la prévention des blessures; dans un second temps, il insiste sur la santé mentale, l'hygiène de l'environnement, le développement de l'enfance et de la jeunesse et la protection de la santé. Élaboré à la lumière de consultations tenues auprès d'un conseil consultatif sur le mieux-être, composé de représentants provenant d'un large éventail d'organismes non gouvernementaux et de ministères, le Plan est mis en œuvre par le ministère de la Santé et des Services communautaires.

- En matière de surveillance et d'évaluation, le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a effectué la première vérification sociale provinciale au Canada. Pour ce faire, il a dû créer l'infrastructure requise pour évaluer la mise en œuvre du Plan social stratégique. Il a aussi créé une base de données socioéconomiques exhaustive et accessible au public, appelée Comptes communautaires, qu'exploite le ministère des Finances. De plus, il a effectué une étude détaillée afin de savoir dans quelle mesure les changements apportés aux processus opérationnels gouvernementaux ont porté fruit cinq ans après le lancement du Plan.

6.2 ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE

Au cours des dix dernières années, le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a mené, de façon coordonnée, une série d'initiatives stratégiques portant sur les divers déterminants de la santé.

A. Plan social stratégique

Les bouleversements socioéconomiques occassionnés par la fermeture de la pêche à la morue au début des années 1990 ont mis en évidence la nécessité de modifier complètement la politique gouvernementale. Après la publication de son plan économique stratégique en 1992, le gouvernement a décidé d'élaborer un plan social exhaustif qui servirait à orienter les mesures à long terme et à déterminer les orientations stratégiques, les processus et les résultats.

En 1998, le gouvernement a approuvé le Plan social stratégique[(92)] quinquennal qui balisait l'élaboration d'une approche à long terme pour le développement social de la province. Ce plan reposait sur la vision d'une population en meilleure santé et plus instruite habitant des collectivités dynamiques et autonomes. Il reconnaissait explicitement que le développement social et le développement économique sont liés et que l'on ne peut s'occuper de l'un sans s'occuper de l'autre. Le Plan marquait un virage dans les politiques de développement social : on mettait l'accent non plus sur les gens mais sur les collectivités, afin d'intégrer le développement social et le développement économique aux échelons local et régional. De cette façon, les politiques ne viseraient pas à régler des problèmes en particulier, mais elles s'attaqueraient aux causes de ces problèmes, tout en tenant compte des besoins des personnes, du contexte communautaire et de l'environnement socioéconomique. Le renforcement des collectivités et des régions aiderait celles-ci à atteindre l'autonomie; il favoriserait ainsi le bien-être individuel et communautaire et fournirait une pluralité de choix. De plus, on espérait qu'« en réorientant les programmes et les services sociaux, de la résolution des

(92) Government of Newfoundland and Labrador, *People, Partners and Prosperity: A Strategic Social Plan for Newfoundland and Labrador*, 1998, http://www.exec.gov.nl.ca/rural/pdf/ssp.pdf.

problèmes à l'élimination des causes, on obtiendrait une programmation plus efficace et plus économique »[(93)].

Le Plan a été mis en œuvre grâce à un partenariat formé de groupes communautaires, de conseils régionaux, de citoyens et des pouvoirs publics. Il encourageait les ministères à collaborer entre eux, avec d'autres ordres de gouvernement et au sein des collectivités. Il a débouché sur la création de six comités directeurs régionaux ayant pour but d'aider les organismes gouvernementaux et communautaires à déterminer ensemble les problèmes liés au développement social ou économique des régions concernées et de les résoudre. Au sein du gouvernement, le Comité de la politique sociale du Cabinet a dirigé la mise en œuvre du Plan et devait veiller à la réalisation des objectifs suivants :

- intégrer la politique et la planification sociales et économiques;
- diriger les affaires gouvernementales de manière à favoriser la coordination et l'intégration et à mettre l'accent sur la responsabilité à l'égard des résultats;
- assurer la participation significative du public à la conception et à la prestation de services publics par le truchement de structures régionalisées/décentralisées;
- renforcer la capacité des régions à soutenir l'action communautaire en vue de l'atteinte d'objectifs de développement social et garantir la coordination des mesures prises pour obtenir les résultats prévus dans le Plan;
- effectuer un virage, dans la politique et les programmes, c'est-à-dire délaisser les interventions d'urgence et les mesures après coup au profit de mesures de prévention et d'intervention précoce.

Cinq ans après le lancement du Plan social stratégique, le gouvernement a évalué les progrès accomplis en fonction des objectifs qui y étaient énoncés, au moyen d'une vérification sociale. Les résultats de l'évaluation sont passés en revue dans la partie du présent chapitre qui porte sur la surveillance et l'évaluation.

B. Plan de santé stratégique

S'inspirant des grandes orientations sociales fixées dans le Plan social stratégique et conscient de la nécessité d'apporter des changements au réseau provincial

(93) *Ibid*.

de services de santé et communautaires, le gouvernement a organisé des forums régionaux dans le cadre de consultations menées à l'automne 2001. Se fondant sur les commentaires recueillis au cours de ces consultations, il a inscrit trois objectifs dans un plan de réforme visant à améliorer :

- la santé de la population de Terre-Neuve-et-Labrador;
- la capacité des collectivités à favoriser la santé et le mieux-être;
- la qualité, l'accessibilité et la durabilité des services de santé et communautaires.

Dans le document intitulé *Healthier Together: A Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador*[(94)], des objectifs et des stratégies liés à chaque objectif sont fixés, notamment l'élaboration d'une stratégie du mieux-être visant à accroître les comportements sains, le renforcement des partenariats communautaires axés sur la santé et le bien-être, et l'amélioration des soins de longue durée et des services de santé mentale. Des cibles de planification quinquennales ont été fixées pour chaque objectif.

C. Projet de charte de la santé

À la suite d'un engagement pris dans le discours du Trône en mars 2002, le gouvernement a mené des consultations publiques sur un projet de charte provinciale de la santé[(95)]. Cette charte est censée avoir deux fonctions : veiller à ce que les résidents de la province sachent ce qu'ils peuvent attendre du réseau des services de santé et communautaires et définir les responsabilités des citoyens à l'égard de leur santé et de leur bien-être.

Dans le projet de charte, la santé était présentée comme étant l'affaire des individus, des familles et des collectivités[(96)]. Selon le document, parmi les 14 points que

---

(94) Government of Newfoundland and Labrador, *Healthier Together: A Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador*, Department of Health and Community Services, 2002, http://www.health.gov.nl.ca/health/strategichealthplan/pdf/HealthyTogetherdocument.pdf.

(95) Government of Newfoundland and Labrador, *Public consultations on Provincial Health Charter*, communiqué, 26 février 2003, http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2003/health/0226n04.htm.

(96) Government of Newfoundland and Labrador, *Building a Healthier Future: Development of a Health Charter for Newfoundland and Labrador*, document de discussion public, 26 février 2003, http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/pdfiles/HealthCharter2003.pdf.

les résidents de la province pouvaient attendre du système de santé et de services communautaires certains portent sur d'autres déterminants, soient :

- un environnement propre et sûr qui favorise la santé et le bien-être;
- des politiques publiques tenant compte des incidences possibles sur la santé de la population;
- une formule de partenariat qui permet aux gens, aux familles et aux collectivités de prendre en charge leur santé et leur bien-être;
- des mesures collectives, par exemple la vaccination, qui offrent une protection contre les principaux risques pour la santé.

Le projet de charte n'a pas été poursuivi après les élections provinciales et le changement de gouvernement en novembre 2003.

D. Stratégie de réduction de la pauvreté

Après le Québec, Terre-Neuve-et-Labrador était la deuxième province canadienne à s'attaquer à la pauvreté au moyen d'une stratégie exhaustive et intégrée. Dans le discours du Trône de 2005, le gouvernement provincial s'est engagé à faire de Terre-Neuve-et-Labrador, province qui compte le taux de pauvreté le plus élevé au Canada, la province qui comptera le taux le plus bas après dix ans, grâce à une stratégie globale de réduction de la pauvreté. Il fallait s'attaquer à la pauvreté – c'est-à-dire améliorer le bien-être et la qualité de vie des personnes vivant dans la pauvreté – afin de bâtir une province en santé, solide et prospère(97).

Le gouvernement a demandé aux partenaires de se joindre à lui pour déterminer quels seraient les meilleurs moyens de réduire la pauvreté dans la province(98). Des centaines de personnes ont participé aux audiences qu'il a tenues et, en juin 2006, il a

(97) Government of Newfoundland and Labrador, *Reducing Poverty: An Action Plan for Newfoundland and Labrador*, Department of Human Resources, Labour and Employment, juin 2006, http://www.hrle.gov.nl.ca/hrle/poverty/poverty-reduction-strategy.pdf.

(98) Government of Newfoundland and Labrador, *Reducing Poverty in Newfoundland and Labrador: Working Towards a Solution*, Department of Human Resources, Labour and Employment, juin 2005, http://www.gov.nl.ca/publicat/povertydiscussion-final.pdf.

.

publié le rapport *Reducing Poverty: An Action Plan for Newfoundland and Labrador*[(99)]. Ce rapport traduit une vision selon laquelle « la pauvreté a été éliminée, […] et tous les individus sont appréciés, peuvent se réaliser pleinement et ont accès aux mesures de soutien dont ils ont besoin pour se prévaloir des avantages socioéconomiques offerts par Terre-Neuve-et-Labrador »[(100)]. S'appuyant sur les grandes orientations établies pour prévenir, réduire et alléger la pauvreté, le plan d'action renferme cinq buts à moyen terme, pour les quatre premières années : 1) améliorer la coordination des services offerts aux personnes à faible revenu et leur en faciliter l'accès; 2) renforcer le filet de sécurité sociale; 3) accroître les revenus; 4) mettre davantage l'accent sur le développement de la petite enfance; 5) élever le niveau d'instruction de la population. Chacun de ces buts est étayé d'objectifs à moyen terme qui feront l'objet d'une évaluation à la fin de la période de quatre ans. Les premières mesures adoptées pour la réalisation de ces buts procéderont d'une démarche multidimensionnelle et consisteront à :

- hausser les prestations d'aide sociale et d'invalidité et les indexer au coût de la vie;
- augmenter le salaire minimum;
- construire plus de logements abordables;
- supprimer les pénalités qui frappent les revenus des bénéficiaires de l'aide sociale;
- étendre le régime de médicaments sur ordonnance aux travailleurs à faible revenu;
- recourir à des mesures de soutien de l'emploi appropriées pour les jeunes, les personnes handicapées et les Autochtones;
- améliorer les mesures de soutien destinées aux groupes vulnérables dans le système juridique;
- mettre l'accent sur le développement de la petite enfance;
- réduire le décrochage scolaire;
- favoriser l'accès accru à l'éducation postsecondaire et à l'éducation des adultes[(101)].

Dans le plan d'action, on reconnaît que la lutte contre la pauvreté nécessite l'apport des échelons supérieurs du gouvernement. À cette fin, un comité ministériel a été mis sur pied. En voici la composition : ministre des Ressources humaines, du Travail et de l'Emploi et ministre responsable de la Société de logement de Terre-Neuve-et-du

(99) Government of Newfoundland and Labrador, *Reducing Poverty: An Action Plan for Newfoundland and Labrador*, *op. cit.*

(100) *Ibid.* [traduction]

(101) Campagne 2000, *Pour améliorer le sort précaire des jeunes familles avec enfants*, 2007, http://www.fallingfortunes.ca/portal//images/stories/raisingfallingfortunesfr.pdf.

Labrador, de l'Agence des relations de travail, de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et des accidents du travail et des Affaires du Labrador (responsable); ministre responsable des Affaires autochtones; ministre de l'Éducation et ministre responsable de la Situation de la femme; ministre des Finances; ministre de la Santé et des Services communautaires; ministre de l'Innovation, du Commerce et du Développement rural et ministre responsable du Secrétariat rural; ministre de la Justice.

Le Comité ministériel est appuyé par le Comité des sous-ministres et par un groupe de travail interministériel. Des mécanismes déjà en place, notamment l'évaluation et la surveillance des programmes et la présentation des résultats dans les rapports annuels des ministères, servent en premier lieu à évaluer l'avancement du plan d'action; d'autres mécanismes seront adoptés au besoin. De plus :

- le ministre des Ressources humaines, du Travail et de l'Emploi présentera chaque année un rapport d'étape à la Chambre de l'assemblée;
- tous les deux ans, il sera publié un rapport faisant état des progrès accomplis en fonction d'indicateurs et recommandant des moyens de combler les lacunes;
- les rapports annuels des ministères et d'autres outils de reddition de comptes feront état des résultats des initiatives ministérielles, incluant les mesures de coordination et d'intégration qui sont prises.

E. Plan provincial de mieux-être

En 2003, un conseil consultatif provincial sur le mieux-être a recommandé au ministre de la Santé et des Services communautaires d'adopter une stratégie provinciale du mieux-être. En 2006, se fondant sur ces recommandations et tablant sur les initiatives et les ressources existantes, le gouvernement a mis en œuvre le Plan de mieux-être de Terre-Neuve-et-Labrador[(102)], qui vise à améliorer la santé et le bien-être de la population. Doté d'un budget de 2,4 millions de dollars, ce plan représente le plus grand

(102) Government of Newfoundland and Labrador, *Achieving Health and Wellness: Provincial Wellness Plan for Newfoundland and Labrador*, étape I, 2006-2008, http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/2006/wellness-document.pdf.

investissement ponctuel jamais effectué dans la province pour la promotion de la santé[(103)].

Le Plan s'inscrit dans un certain nombre de stratégies directement liées à la vie saine et au mieux-être, dont la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains[(104)], qui sont mises en œuvre dans la province, dans la région de l'Atlantique et dans l'ensemble du Canada. Les messages contenus dans le Plan invitent les citoyens, les groupes et les collectivités à prendre soin de leur santé et de leur mieux-être en ayant une alimentation saine, en faisant de l'activité physique, en s'abstenant de fumer et en gérant le stress de manière positive. De cette façon, le Plan « vise à équilibrer le programme de santé et met l'accent non plus sur le traitement des maladies mais sur la promotion de modes de vie sains de même que sur le mieux-être »[(105)]. L'étape I du Plan (2006-2008) porte sur les habitudes alimentaires saines, l'activité physique, la lutte contre le tabagisme et la prévention des blessures. L'étape II portera sur la promotion de la santé mentale, l'hygiène de l'environnement, le développement des enfants et des jeunes et la protection de la santé.

Dans le Plan, on insiste sur les comportements individuels, mais on reconnaît qu'un certain nombre d'initiatives, liées au secteur de la santé et à d'autres secteurs, ont une incidence sur le mieux-être[(106)]. Le cercle de la santé – cadre de promotion de la santé[(107)] est un outil qui permet de tenir compte des effets des autres déterminants de la santé. Il regroupe les principaux éléments de promotion du mieux-être à l'intérieur d'une démarche globale; il tient compte de la santé de la population, des déterminants de la santé et des cinq méthodes de promotion de la santé prévues dans la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Le cercle de la santé a été choisi comme

---

(103) Eleanor Swanson, « Newfoundland and Labrador : Government Policy and Action », Michel O'Neill, Ann Pederson, Sophie Dupéré et Irving Rootman, *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, deuxième édition, Toronto, Canadian Scholars Press Inc., 2007.

(104) Agence de la santé publique du Canada, *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/index_f.html.

(105) Government of Newfoundland and Labrador, *Achieving Health and Wellness: Provincial Wellness Plan for Newfoundland and Labrador*, *op. cit.*[traduction]

(106) *Ibid*.

(107) *Ibid*.

balise pour la planification, l'exécution et l'évaluation des mesures, des initiatives et des programmes liés aux priorités de Terre-Neuve-et-Labrador en matière de mieux-être.

6.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Bien que chacune des initiatives susmentionnées possède ses propres mécanismes de surveillance et de production de rapports, les outils et les processus créés pour l'évaluation du Plan social stratégique revêtent un intérêt particulier en raison de la démarche multidimensionnelle adoptée pour la collecte de données pertinentes et pour l'évaluation du changement à différents niveaux. Plus précisément, lorsque le Plan a été annoncé en 1998, le gouvernement s'est engagé à réaliser une vérification sociale en quatre temps afin de mesurer le progrès social dans la province cinq ans après la mise en œuvre du Plan. Terre-Neuve-et-Labrador est l'unique province à effectuer une vérification sociale[(108)].

- L'étape 1 de la vérification a porté sur les Comptes communautaires, lesquels fournissent un tableau socioéconomique en ligne des collectivités et des secteurs de compétence de la province, notamment au sujet des niveaux d'emploi, de la santé et de l'instruction (se reporter à la rubrique ci-dessous).
- L'étape 2 de la vérification était la compilation du rapport *From the Ground Up*[(109)], qui présente des données de référence concernant un large éventail d'indicateurs socioéconomiques qui servent de points de comparaison entre les secteurs et au fil du temps.
- Le rapport *Learning Study: Has Government Started Doing Business as Envisioned by the Strategic Social Plan*?[(110)] consistait en une analyse des changements dans la façon dont le gouvernement s'y prend pour exécuter le Plan social stratégique.
- La dernière étape de la vérification sociale consistait à déterminer si les ressources étaient affectées en fonction du développement social à long terme de la province. Toutefois, comme le Secrétariat rural, établi en février 2004, est devenu responsable du Bureau du Plan social stratégique, on ignore si cette étape a été menée à bien.

---

(108) Government of Newfoundland and Labrador, *Report Acknowledges Shift in Government Thinking*, communiqué, 13 février 2004, http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2004/exec/0213n03.htm.

(109) Government of Newfoundland and Labrador, *From the Ground Up*, 2 avril 2003, http://www.exec.gov.nl.ca/rural//TOCftgu.asp.

(110) Jane Helleur & Associates Inc., *Learning Study: Has Government Started Doing Business as Envisioned by the Strategic Social Plan?*, 15 décembre 2003, http://www.exec.gov.nl.ca/rural/pdf/learningstudy-dec2003.pdf.

Les étapes de la vérification sociale portant sur les Comptes communautaires et sur l'étude sur l'apprentissage sont décrites plus en détail ci-dessous.

A. Comptes communautaires

Les Comptes communautaires constituent un système d'information novateur qui procure en ligne, tout au même endroit, des données communautaires, régionales et provinciales provenant de différentes sources. Il s'agit du premier système d'échange et de consultation de données en ligne au Canada, dont l'accès est illimité et gratuit et qui permet la consultation ainsi que l'analyse de données jusqu'au niveau communautaire.

Comme le Plan social stratégique portait sur des questions recoupant plusieurs secteurs, il fallait établir un système d'information et d'évaluation procédant d'une démarche intégrée et fondée sur des données probantes pour l'élaboration de politiques et de programmes, grâce à la collaboration entre les ministères et entre les principaux secteurs socioéconomiques. Dans bien des cas, les décideurs ou les simples citoyens n'ont pas facilement accès aux données et aux indicateurs clés sociaux, économiques et relatifs à la santé dont ils ont besoin pour se faire une idée précise de la santé et du bien-être de la collectivité; le prix à payer pour les obtenir est souvent très élevé ou il faut passer beaucoup de temps à les recueillir manuellement ou par d'autres moyens. Les Comptes communautaires constituent une source unique, accessible et globale pour ce genre d'information.

Le système permet de créer des tableaux et des graphiques explicatifs personnalisés en fonction d'indicateurs socioéconomiques clés qui sont organisés par région géographique ou par thème à l'intérieur de dix comptes différents : dépenses domestiques, revenu, indicateurs sociaux, santé, marché du travail, production, données démographiques, études, ressources/richesse et environnement. Un autre compte, le mieux-être, permet aux utilisateurs d'assembler des données provenant des domaines susmentionnés pour mieux comprendre les facteurs qui déterminent l'état et l'évolution

de leurs collectivités et régions[111]. On peut obtenir des informations concernant 400 collectivités, 80 subdivisions de recensement (régions locales), 20 zones de développement économique et l'ensemble de la province. On peut également obtenir des données au niveau des régions du Secrétariat rural, des régies de la santé, des districts scolaires et des régions de Ressources humaines et Développement social Canada.

Les Comptes communautaires reposent sur un modèle conçu par Doug May, de l'Université Memorial, avec la collaboration du Bureau de la statistique de Terre-Neuve-et-Labrador, et sont tenus par la Direction générale de l'économie et de la statistique du ministère des Finances, de concert avec d'autres ministères ainsi qu'avec des entreprises privées et des citoyens.

B. Étude sur l'apprentissage

Il était entendu que, pour atteindre les buts du Plan social stratégique, il fallait modifier en profondeur le mode de fonctionnement du gouvernement, susciter la création de partenariats avec les organismes communautaires et décentraliser la prestation de services de même que les modes de prestation. Cinq ans après le lancement du Plan social stratégique, les responsables de l'étude sur l'apprentissage ont tiré les conclusions suivantes :

- Les processus opérationnels ne sont pas modifiés aussi rapidement qu'on l'imaginait, surtout au sein des ministères, moins toutefois au sein des comités directeurs régionaux chargés du Plan social stratégique.
- Vu l'insuffisance des ressources allouées pour répondre aux besoins complexes des collectivités et des régions, il faudrait peut-être assurer une meilleure coordination des investissements entre les ministères provinciaux de même qu'entre le gouvernement provincial, le gouvernement fédéral et les municipalités.
- Les ministères doivent collaborer davantage pour qu'il soit plus facile d'effectuer des investissements conjoints fondés sur une planification opérationnelle intégrée, tant à l'échelon provincial qu'au niveau régional.
- Le gouvernement provincial a très bien su tirer profit des initiatives fédérales prévoyant des crédits ciblés pour la création de programmes et de services correspondant aux buts du Plan social stratégique. En fait, bon nombre des indicateurs de réussite relevés dans l'étude sur l'apprentissage étaient le résultat de fonds

[111] Community Accounts, *About Us*, http://www.communityaccounts.ca/communityaccounts/onlinedata/about_us.asp.

fédéraux. Il serait bon de chercher de nouvelles occasions de privilégier des initiatives interministérielles.

- Il faut renforcer la reddition de comptes pour que les ministères provinciaux épousent la vision, les valeurs et les buts du Plan social stratégique. Il faut communiquer clairement les attentes envers les ministères et exercer une surveillance étroite à cet égard. En outre, il faut mettre en place des systèmes de reconnaissance qui incitent à l'accomplissement de même qu'à l'utilisation de pratiques exemplaires.
- Les comités directeurs régionaux ont mis en œuvre des projets afin de réaliser rapidement des gains, mais il faut déployer davantage d'efforts pour résoudre des problèmes systémiques de développement socioéconomique dans les régions, conformément aux priorités régionales, en basant la planification sur des données sûres. Les ministères provinciaux doivent s'assurer qu'ils participent activement aux travaux et qu'ils les appuient.
- Les organismes communautaires, partenaires clés du Plan social stratégique, ont souscrit sans réserve à la vision, aux valeurs et aux buts du Plan. Ils souhaitaient toutefois qu'on fasse davantage appel à eux au cours de la mise en œuvre et ils avaient besoin de plus de soutien financier pour offrir des programmes qui répondent aux besoins des clients de la collectivité.

CHAPITRE 7 : NOUVELLE-ÉCOSSE

7.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- On n'a pas mis en œuvre de stratégies globales en matière de santé de la population en Nouvelle-Écosse, mais on prend actuellement des mesures en ce sens : renforcement de la fonction de santé publique, adoption de mesures de collaboration intersectorielle et création d'un vaste système de collecte de données.

- Les organismes provinciaux responsables de la santé publique et de la santé de la population ont connu une évolution progressive depuis 2002, et le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé (MPPS) a été créé en 2006.

- Une démarche concertée et intersectorielle pour l'élaboration des politiques et la planification des programmes est le moyen privilégié par le MPPS pour faire avancer les dossiers qui exigent la collaboration des citoyens, des organismes, des secteurs et des ministères.

- Une étude externe réalisée en 2006 montrait qu'il fallait élargir les dispositions législatives provinciales concernant la santé publique pour tenir compte des fonctions générales reliées à la santé publique, telles l'évaluation de la santé de la population, la surveillance de l'état de santé, la promotion de la santé ainsi que la prévention des maladies et des blessures.

- Une évaluation des effets de l'approche axée sur la santé de la population, adoptée par les conseils de santé communautaires (CSC), a révélé que cette approche a permis de faciliter la consultation et la participation de la population en ce qui a trait aux responsabilités en matière de santé. Toutefois, l'absence d'un cadre provincial et l'écart entre l'approche locale orientée vers la santé de la population et l'approche régionale axée sur les soins actifs ont fait obstacle à la mise en œuvre des politiques sur la santé de la population.

- La Division des comptes communautaires de la Nouvelle-Écosse, qui fait partie du ministère des Finances, a été créée pour élaborer une base de données sur les collectivités de la province. Cette base, qui est une adaptation des Comptes communautaires du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, fournit des statistiques sur divers déterminants de la santé, dont le revenu, les réseaux de soutien social, les conditions de travail et les milieux physiques. Elle peut servir au suivi des indicateurs de la santé de la population et à la surveillance des politiques et des programmes qui ont une incidence sur la santé de la population.

7.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

Les organismes provinciaux de la Nouvelle-Écosse voués à la santé publique et à la santé de la population ont évolué progressivement ces dernières années. À la suite de la parution en 1994 du *Blueprint for Health System Reform*, le ministère de la Santé a confié un rôle important dans l'élaboration des politiques aux régies régionales de la santé et aux neuf régies de district de la santé (RDS) qui leur ont succédé en 2002. Ces RDS ont été chargées de régir, de planifier, d'administrer, de surveiller, d'évaluer et de fournir les soins actifs et les soins tertiaires, les services de santé mentale et les services aux toxicomanes dans leurs régions respectives.

Il incombe aussi aux RDS d'offrir des services de soutien en matière de planification aux 37 CSC dans chacune des régions. Les conseils de santé communautaires prennent le pouls de la population et consultent les résidents ainsi que les organismes afin d'établir un profil communautaire indiquant les lacunes et les forces de la région en ce qui a trait aux facteurs qui ont une incidence sur la santé, tels le revenu, le statut social, les réseaux de soutien social, le niveau d'instruction, l'emploi et le milieu physique[(112)]. Ce profil sert ensuite à définir les enjeux prioritaires qui influent sur la santé dans la collectivité concernée et à établir un plan annuel de santé communautaire axé sur les soins primaires et sur la promotion de la santé, dont les RDS doivent tenir compte dans l'élaboration de leurs plans annuels de services de santé.

Le ministère de la Promotion de la santé (MPS) de la Nouvelle-Écosse a été créé en 2002; il est issu de la fusion de la Commission des loisirs et du sport et de secteurs de la Direction de la santé de la population du ministère de la Santé. Ses champs d'activité sont la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques et des blessures. En 2006, à l'issue d'un examen du système de santé public[(113)], le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a créé le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé (MPPS), basé sur le MPS. Il regroupe le personnel de la santé publique ainsi que le Bureau du médecin hygiéniste en chef. Il s'agit du tout premier

(112) Government of Nova Scotia, Department of Health, *Users' Guide to the Health Authorities Act*, révisé en juin 2002, p. 25, http://www.gov.ns.ca/health/downloads/ActUsers_guide.pdf.

(113) Government of Nova Scotia, Health Promotion and Protection, *The Renewal of Public Health in Nova Scotia: Building a Public Health System to Meet the Needs of Nova Scotians, op. cit*.

ministère de ce genre au Canada[114]. En raison de son mandat élargi, qui inclut la santé de la population, la réduction des disparités, les politiques publiques favorisant la santé, la prise de décisions fondées sur des données probantes et le renforcement des capacités communautaires, ce nouveau ministère cherche à contrer les facteurs de risque communs de maladies chroniques qui touchent sérieusement les Néo-Écossais et grèvent le système de santé de la province[115]. Toutefois, comme ces facteurs de risque sont souvent présents dans des secteurs qui ne relèvent pas directement du MPPS, la collaboration intersectorielle est essentielle. Pour faciliter la communication et la collaboration entre citoyens, organismes, secteurs et ministères, qui sont nécessaires pour régler des questions d'intérêt commun et mettre en œuvre des stratégies, le MPPS a conçu un mode de fonctionnement bien à lui. Voici des exemples de projets intersectoriels d'élaboration de politiques et de planification de programmes menés par le MPPS en collaboration avec d'autres intervenants :

- Politique de développement communautaire : le Ministère a participé à l'élaboration de la Politique de développement communautaire, appliquée dans plusieurs de ses centres de responsabilité.
- Plan vert de la Nouvelle-Écosse : le Ministère collabore étroitement avec ses partenaires, par exemple le ministère de l'Environnement et du Travail et des ONG, pour favoriser l'aménagement de sentiers de randonnée.
- Stratégie de vieillissement positif : le Ministère a été l'un des principaux partenaires du Secrétariat des aînés pour l'élaboration de la Stratégie de vieillissement positif. En ce qui concerne notamment la santé bucco-dentaire des personnes âgées, la prévention des chutes et des maladies chroniques ainsi que l'activité physique, le Ministère poursuit les actions concertées visant à réduire les facteurs de risque de maladies chroniques et de blessures chez les personnes âgées.
- Services communs d'hygiène de l'environnement : pour remplir leur mandat concernant la protection de l'environnement, les ministères de l'Agriculture, de l'Environnement et du Travail, de la Promotion et de la Protection de la santé, et des Pêches et de l'Aquaculture ont défini ensemble un cadre de décision commun afin de renforcer la protection de la salubrité de l'environnement.

---

(114) Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, *2007-2008 Business Plan*, 22 mars 2007, http://www.gov.ns.ca/hpp/repPub/HPPBusinessPlan07-08.pdf.

(115) Rick Manuel, « Nova Scotia: Government Policy and Action », Michel O'Neill, Ann Pederson, Sophie Dupéré et Irving Rootman (dir.), *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, deuxième édition, Toronto, Canadian Scholars Press, 2007; page d'accueil du ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la Nouvelle-Écosse, http://www.gov.ns.ca/hpp/.

Une publication du MPPS intitulée *Healthy People, Healthy Communities: Using the Population Health Approach in Nova Scotia* présente quelques leçons importantes que des organismes de la Nouvelle-Écosse ont appliquées à leur approche axée sur la santé de la population :

- Le fait de disposer de différents points de vue sur un problème peut en enrichir la solution. Une approche en matière de santé de la population donne donc de meilleurs résultats si elle fait intervenir beaucoup de personnes et d'organismes. Des mesures complexes permettant de s'attaquer aux causes profondes de la maladie et de créer des conditions qui favorisent la santé ont plus de chances de porter leurs fruits si les partenaires de nombreux secteurs unissent leurs efforts.
- Il est important de prévoir suffisamment de temps pour établir de véritables partenariats. La mise en œuvre d'une approche axée sur la santé de la population nécessite la création d'occasions de rencontre pour que les gens puissent planifier et soutenir ensemble les activités de façon continue.
- Comme les interventions en amont (de la collectivité à la région, par exemple) nécessitent la réaffectation de ressources, il importe de faire appel aux décideurs pour la planification des stratégies de santé. Il est plus facile de modifier le mode d'affectation des ressources en faisant intervenir au début du processus ceux qui prennent les décisions concernant les ressources.
- La langue et la terminologie ne doivent pas faire obstacle à l'établissement de partenariats fructueux entre les secteurs. Parfois, ce que les gens dans le domaine de la santé appellent l'approche axée sur la santé de la population est désigné sous d'autres vocales (par exemple, développement économique communautaire) par les gens d'autres secteurs, d'éventuels partenaires importants, qui se préoccupent tout autant du rapport entre le revenu, l'état de santé et le bien-être des collectivités.
- Les compétences des membres de la collectivité constituent un élément essentiel de la planification et de la mise en œuvre des stratégies relatives à la santé de la population, qu'il s'agisse de la prestation de services, de l'exécution de programmes ou de l'élaboration de politiques publiques favorisant la création de milieux physiques et sociaux sains.
- Il importe d'évaluer les mesures touchant la santé de la population afin de réunir des données probantes au sujet des stratégies qui influent sur les déterminants de la santé[(116)].

(116) Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, *Healthy People, Healthy Communities: Using the Population Health Approach in Nova Scotia*, sans date, http://www.gov.ns.ca/hpp/publichealth/content/pubs/Population%20Health%20Approach.pdf.

La Nouvelle-Écosse a approuvé les objectifs de santé pour le Canada[117] et le MPPS a indiqué qu'il tenait à les incorporer dans ses politiques et ses programmes. Jusqu'ici toutefois, il n'a pas indiqué si des cibles étaient définies et comment les progrès seront évalués.

Il est indiqué dans le rapport d'examen du système de santé public de 2006 qu'il faudra élargir le centre d'attention limité de la Loi sur la protection de la santé de 2004 afin qu'il englobe les autres fonctions de la santé publique (évaluation de la santé de la population, surveillance de la santé, promotion de la santé, prévention des maladies et des blessures) ainsi que les orientations et les obligations connexes. On recommande toutefois dans le rapport de repousser le remaniement de la Loi à une étape ultérieure du réaménagement du système, afin qu'on ait le temps de mettre à l'essai les diverses mesures recommandées dans le rapport pour orienter l'élaboration future d'une loi globale sur la santé publique[118]. Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse convient que le processus de restructuration globale du système de santé public qui a été amorcé prendra du temps[119].

En octobre 2007, le gouvernement a annoncé la tenue de consultations afin de recueillir l'avis de la population sur les meilleurs moyens d'enrayer la pauvreté dans la province. Ces consultations s'inscriront dans une stratégie gouvernementale de lutte contre la pauvreté en Nouvelle-Écosse. L'initiative sera dirigée conjointement par le ministère des Services communautaires et par le ministère de l'Environnement et du Travail[120].

---

(117) Agence de la santé publique du Canada, *Objectifs de santé pour le Canada*, http://www.phac-aspc.gc.ca/hgc-osc/home-f.html.

(118) Government of Nova Scotia, Health Promotion and Protection, *The Renewal of Public Health in Nova Scotia: Building a Public Health System to Meet the Needs of Nova Scotians*, 2006, http://www.gov.ns.ca/hpp/publichealth/content/pubs/07148_therenewalofphinnsreport_apr06_en.pdf.

(119) Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, *2007-2008 Business Plan*, 22 mars 2007, p. 5, http://www.gov.ns.ca/hpp/repPub/HPPBusinessPlan07-08.pdf.

(120) Government of Nova Scotia, Department of Community Services, *Government to Hold Poverty Reduction Consultations*, communiqué, 10 octobre 2007, http://www.gov.ns.ca/news/details.asp?id=20071010003.

7.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

À la suite de la régionalisation et de la création des RDS et des CSC, une étude a été effectuée pour déterminer dans quelle mesure l'approche axée sur la santé de la population avait influé sur l'élaboration de la politique sur la santé au niveau régional entre 1997 et 2001. On s'attendait à ce que les CCS tiennent compte des déterminants de la santé dans leurs plans annuels et dans leurs recommandations aux RDS. L'étude fait toutefois ressortir un manque d'encadrement et de cohérence dans l'élaboration des recommandations, ainsi qu'un manque de cohérence parmi les CSC et les RDS dans la façon d'incorporer les recommandations des CSC dans le plan d'activités des RDS. En outre, le manque de concordance entre les objectifs des CSC, qui mettent l'accent sur la promotion de la santé et sur la santé de la population, et la priorité accordée par les RDS aux soins primaires et actifs ainsi qu'aux services en milieu hospitalier, a mis en évidence l'absence de soutien à l'égard des approches relatives à la santé de la population dans les plans des RDS. L'étude recommandait la création d'un cadre provincial en matière de santé ainsi qu'une loi provinciale précisant que les plans de santé communautaire doivent être incorporés à la planification régionale afin de régler les problèmes relatifs à la santé de la population. Le processus de planification des CSC était toutefois considéré comme un bon moyen de faciliter la participation du milieu et de créer un sentiment d'engagement communautaire à l'échelon local afin d'agir positivement sur les déterminants sociaux de la santé[(121)].

Dans le cadre du réaménagement du secteur de la santé publique, le MPPS prévoit d'amorcer en 2007-2008 la création échelonnée sur plusieurs années d'un service chargé de favoriser la prise de décisions fondées sur la science et d'appuyer les programmes au moyen de ressources spécialisées dans divers domaines : évaluation de la santé de la population, surveillance des blessures et des maladies transmissibles et

(121) Christopher Dawson, Thomas Rathwell, Cari Paterson et coll., *Determining the Impact of the Population Health Approach by Community Health Boards in Nova Scotia*, Dalhousie University School of Health Services Administration.

chroniques, évaluation des programmes et des politiques, épidémiologie et recherche. On s'attend à ce que ce service fournisse des éléments de preuve concernant la rentabilité de politiques et de programmes bien ciblés et exécutés avec efficacité[122].

Créée officiellement en janvier 2005, la Division des comptes communautaires de la Nouvelle-Écosse fait partie du ministère des Finances de la province. Elle est chargée d'élaborer l'infrastructure requise pour fournir des statistiques sur les collectivités de la Nouvelle-Écosse. Il s'agit d'une adaptation du programme des comptes communautaires du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, lancé en 2002 à l'appui du Plan social stratégique[123].

La Division des comptes communautaires a pour but de faciliter la planification et l'évaluation des interventions en matière de politiques et de programmes. Pour ce qui concerne la recherche dans le domaine de la santé, la Division peut fournir de l'information sur divers déterminants de la santé comme le revenu, les réseaux de soutien social, les conditions de travail et les milieux physiques. Sa base de données est reliée à d'autres éléments du système de santé ainsi qu'à des secteurs et à des volets connexes du développement provincial et communautaire[124]. Ce nouveau système peut être utilisé pour suivre de près les indicateurs de santé de la population et pour évaluer les politiques et les programmes qui ont une incidence sur la santé de la population.

---

(122) Government of Nova Scotia, Department of Health Promotion and Protection, *2007-2008 Business Plan*, 22 mars 2007, p. 5, http://www.gov.ns.ca/hpp/repPub/HPPBusinessPlan07-08.pdf.

(123) http://www.gov.ns.ca/finance/communitycounts/aboutus.asp.

(124) http://www.gov.ns.ca/finance/communitycounts/documents/NS%20Community%20Counts%20brochure.pdf.

CHAPITRE 8 : ONTARIO[125]

8.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- À la fin des années 1980 et au début des années 1990, des initiatives gouvernementales de haut niveau ont jeté les bases d'une approche axée sur la santé de la population, mais un changement de gouvernement et des compressions budgétaires ont empêché l'approche de se concrétiser.

- La création des réseaux locaux d'intégration des services de santé en 2006 a permis à certaines régions d'aborder la planification et la prestation des services sous l'angle de la santé de la population.

- Une série d'initiatives pour le développement et la garde des jeunes enfants, notamment les centres de la petite enfance, est partie du principe que le développement des jeunes enfants est un important déterminant de la santé.

- En Ontario, les principes fondamentaux de la santé de la population sont bien connus par les intervenants gouvernementaux, les organismes provinciaux de la santé et de nombreux fournisseurs de services de santé, mais ils ne se traduisent pas facilement par des changements fructueux de politique, de programme et de pratique.

8.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

En Ontario, la santé de la population est devenue une question d'intérêt public à la fin des années 1980 et au début des années 1990, en même temps qu'on devenait de plus en plus conscient des déterminants de la santé et de la nécessité d'investir dans les nombreux déterminants d'une manière souple et coordonnée qui transcende les secteurs et les champs de compétence. Malheureusement, cette période a été marquée par des compressions budgétaires et des efforts grandissants pour ralentir l'escalade des coûts de la santé.

Le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé, créé en 1987, avait pour mandat de fixer les objectifs de santé pour l'Ontario, de guider

(125) L'information figurant dans ce chapitre s'inspire du document *Adoption et mise en œuvre en Ontario d'un paradigme de la santé de la population*, rédigé par Bev Nicholoff pour le compte du Sous-comité, septembre 2007.

l'élaboration des politiques gouvernementales sur la santé et d'axer les politiques davantage sur la promotion de la santé et la prévention des maladies que sur les soins de santé[(126)]. Présidé par le premier ministre, auquel se sont joints sept autres ministres, des médecins universitaires et des représentants de groupes d'intérêts, de l'entreprise privée, de syndicats et du secteur de la consommation, le Conseil a élaboré une vision de la santé et une série d'objectifs provinciaux pour faire accepter l'approche axée sur la santé de la population. Les objectifs de santé étaient les suivants : 1) privilégier dorénavant la promotion de la santé et la prévention des maladies; 2) avoir des familles et des collectivités fortes et solidaires; 3) instaurer un milieu physique sûr et de grande qualité; 4) faire en sorte que les Ontariens vivent plus longtemps en bonne santé en réduisant les maladies, les incapacités et les décès prématurés; 5) fournir des services de santé accessibles, abordables et appropriés pour tous. Il est ressorti que trois grands domaines nécessitaient des interventions aux fins de l'amélioration de la santé : le développement sain des enfants; l'adaptation au marché du travail; la politique environnementale[(127)].

La vision et les objectifs du Conseil, bien qu'entérinés par les trois partis politiques à l'Assemblée législative en 1991, ne se sont pas traduits par des changements concrets de politique ou par d'importantes réaffectations des ressources.

À la suite d'un changement de gouvernement en 1990, le Conseil s'est vu attribuer un mandat élargi, une nouvelle structure et un nouveau nom, Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale. Le nouveau Conseil était chargé de fournir au gouvernement et au public des études et des avis sur les moyens de bâtir une société juste et en santé. Il a lancé une vaste campagne d'éducation publique pour vulgariser l'information sur les déterminants de la santé et pour amener les citoyens et les collectivités à avoir plus de prise sur les conditions qui influencent leur santé et leur bien-

(126) Ann Pederson et Louise Signal, « The Health Promotion Movement in Ontario: Mobilizing to Broaden the Definition of Health », Ann Pederson, Michel O'Neill et Irving Rootman, *Health Promotion in Canada: Provincial, National and International Perspectives*, Toronto, W.B. Saunders Canada, 1994.

(127) Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé, Comité d'élaboration des politiques gouvernementales en faveur de la santé, *Prendre soin de la santé : document de travail sur les facteurs déterminants en matière de santé*, mars 1991.

être. En 1994, il a recommandé une politique, La santé pour tous les Ontariens, qui plaçait les déterminants de la santé au premier plan du programme politique gouvernemental. Il proposait principalement d'axer les ressources davantage sur la prévention des maladies que sur la guérison et le traitement et d'intégrer à tous les mémoires du Cabinet une évaluation des incidences sur la santé[(128)].

Une importante mesure prise par le Conseil a été l'établissement de priorités pour un groupe précis, les enfants et les jeunes, au cours de quatre périodes de transition dans leur développement. Pour chaque période, on a cerné les grands indicateurs du développement sain, les environnements visés et les principaux déterminants, qui ont ensuite servi à établir les priorités et à définir les stratégies nécessaires pour élever une génération d'enfants en santé.

Après un autre changement de gouvernement en 1995, le Conseil a été démantelé, et aucun ministère n'a été officiellement chargé de prendre les rênes des travaux sur la santé de la population.

Dans la foulée des travaux sur le développement de la petite enfance effectués par les conseils des premiers ministres, le gouvernement a, en 1998, demandé au D[r] Fraser Mustard et à l'honorable Margaret McCain de lui présenter un rapport assorti de recommandations sur les meilleurs moyens, pour la province, d'exercer une influence favorable sur les jeunes enfants. Ce rapport, *Étude sur la petite enfance*, a mené à la fondation de 103 centres de la petite enfance qui offrent des programmes d'apprentissage et d'alphabétisation à l'intention des parents et des enfants; des programmes qui soutiennent les parents et les personnes responsables dans tous les aspects du développement des jeunes enfants; des programmes sur la grossesse et le rôle parental; des liens avec d'autres programmes locaux de développement de la petite enfance; des activités de sensibilisation pour encourager les parents à participer aux

(128) Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale, *La santé pour tous les Ontariens : Dialogue provincial sur les facteurs déterminants de la santé,* 1995.

activités de leur centre local[129]. Parmi les autres programmes mis au point dans les années suivantes pour améliorer la santé des enfants se trouvent Bébés en santé, enfants en santé, qui permet de vérifier si toutes les nouvelles mères reçoivent le soutien dont elles ont besoin pour assurer l'épanouissement de leurs enfants[130], et la Stratégie Meilleur départ, qui vise à augmenter le nombre de places agréées dans les services de garde, à améliorer l'accès aux subventions, à attirer et à garder des éducateurs qualifiés et à mettre en place d'autres mécanismes de soutien pour l'apprentissage et la garde des jeunes enfants[131].

En 2005, le gouvernement a créé le ministère de la Promotion de la santé afin d'instaurer une culture de la santé et du bien-être propre à réduire le fardeau imposé au système provincial de santé. Les programmes et les politiques du ministère favorisent la prévention des maladies chroniques, la promotion de la santé et les programmes de sports et de loisirs en vue d'améliorer les résultats à long terme en matière de santé[132]. Pour ce faire, le ministère collabore avec les collectivités, avec ses partenaires de tous les niveaux de l'administration gouvernementale et avec le secteur privé pour orienter l'élaboration des politiques, la conception des programmes et la prestation des services.

Le *Comité interministériel sur la vie saine* illustre l'approche intersectorielle du gouvernement de l'Ontario. Dirigé par le ministre de la Promotion de la santé, le Comité se compose des ministres de l'Agriculture, de l'Alimentation et des Affaires rurales; des Services à l'enfance et à la jeunesse; des Services sociaux et communautaires; de l'Éducation; de l'Environnement; de la Santé et des Soins de longue durée; du Travail; des Affaires municipales et du Logement. Son mandat est le suivant : 1) traiter des questions complexes qui ont une incidence sur la santé et le bien-être et

---

(129) Gouvernement de l'Ontario, *Qu'est-ce qu'un centre de la petite enfance?*, http://www.ontarioearlyyears.ca/oeyc/fr/Questions/Whatis.htm.

(130) Pegeen Walsh, ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario, *Témoignages*, 6 février 2008.

(131) Ontario, ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, *Le gouvernement McGuinty étend la Stratégie Meilleur départ destinée aux enfants*, communiqué, http://ogov.newswire.ca/ontario/GPOF/2005/07/28/c5313.html?lmatch=&lang=_f.html.

(132) Ontario, ministère de la Promotion de la santé, *Document d'information sur le budget des dépenses et la planification axée sur les résultats 2007-2008*, http://www.mhp.gov.on.ca/french/resultsplan/Briefing Book 2007-final-f.pdf.

trouver des pistes de solution; 2) cerner les occasions et les moyens d'accroître la promotion de la santé dans divers contextes (par exemple, centres récréatifs, garderies, écoles, milieux de travail); 3) déterminer les moyens d'obtenir des ressources par l'établissement de partenariats avec le secteur privé. Les experts sont d'avis que la création du Comité représente un progrès décisif attendu depuis longtemps et permettra de coordonner les politiques sur la santé de la population et la santé personnelle.

Par ailleurs, le ministère de la Promotion de la santé participe à un projet de recherche pangouvernemental sur les disparités persistantes dans la santé de segments de la population. L'Initiative de recherche stratégique sur l'équité dans les services de santé et les services à la personne, qui est pilotée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, reconnaît que les moyens de réduire les disparités en matière de santé se trouvent principalement dans d'autres secteurs : le logement, l'éducation, les services à l'enfance et à la jeunesse, la participation au marché du travail, l'immigration, l'établissement et les services correctionnels. L'Initiative cherche à jeter les bases d'un mécanisme horizontal viable qui servira à élaborer et à mettre en œuvre une politique sur la santé et les services à la personne et à déterminer les outils pouvant orienter la décision des ministères d'investir dans les programmes de ce secteur(133).

En 2006, le gouvernement a créé 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé, chargés de planifier, d'intégrer et de financer les services de santé régionaux, y compris les hôpitaux, les centres d'accès aux soins communautaires, les soins à domicile, les soins de longue durée et les services de santé mentale(134). Les réseaux locaux envisagent leur travail sous l'angle de la santé de la population et utilisent les profils de santé de la population produits par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui donnent des renseignements sur les indicateurs de la santé, l'utilisation des services de santé, la part du marché qu'ils occupent et les déterminants

(133) Pegeen Walsh, ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario, *Témoignages*, 6 février 2008, et mémoire présenté au Sous-comité.

(134) Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, *Incorporating a Population Health Approach in Health Planning and Priority Setting*, Population Health Policy and Planning and Women's Health Branch, juin 2006, http://www.blogs.healthnexussante.ca/?p=152.

sociodémographiques de la santé. Au moins un réseau local, celui du Centre-Toronto, a adopté une approche axée sur la santé de la population pour planifier la façon d'intégrer ses services[135]. Le réseau local de la région de Champlain aborde la prévention des maladies chroniques sous l'angle de la santé de la population, mais trouve difficile de puiser dans les ressources des services de santé pour les réaffecter au profit des grands déterminants[136].

En septembre 2007, le gouvernement provincial a établi le Modèle d'allocation fondée sur la santé pour affecter des fonds aux réseaux locaux d'intégration. Ce modèle aidera à calculer la part de budget nécessaire d'après une évaluation directe de l'état de santé et des facteurs démographiques tels que l'âge, le sexe, la condition socioéconomique, le milieu rural et le nombre de patients traités.

8.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé peuvent établir des plans et des partenariats dans l'optique de la santé de la population, mais les réseaux qui, pour ce faire, veulent assurer le suivi de divers indicateurs socioéconomiques ont besoin de données fiables et à jour, ce qui représente un défi[137]. Les données sont rares, comme l'est la capacité à les analyser et à les interpréter pour faciliter la planification régionale et infrarégionale[138].

Au moins deux organismes non gouvernementaux sont dignes de mention pour l'information qu'ils fournissent sur la santé de la population en Ontario. L'Institut de recherche sur le travail et la santé contribue pour beaucoup à faire progresser les connaissances sur les effets du travail en tant que déterminant de la santé, par exemple les

---

(135) Laura Pisko-Bezruchko, Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto, *Témoignages*, 6 février 2008.

(136) D[r] Andrew Pipe, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, *Témoignages*, 6 février 2008.

(137) Laura Pisko-Bezruchko, Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto, *Témoignages*, 6 février 2008.

(138) Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, *Incorporating a Population Health Approach in Health Planning and Priority Setting*, Population Health Policy and Planning and Women's Health Branch, juin 2006, http://www.blogs.healthnexussante.ca/?p=152.

causes des incapacités liées au travail, les formules optimales de retour au travail et la pertinence et l'équité des prestations de sécurité du revenu au Canada. Par ailleurs, le Centre ontarien d'information en prévention a actuellement pour priorité de démontrer l'importance et la rentabilité des stratégies de prévention et de promotion de la santé, principalement dans les domaines du développement de la petite enfance, de la prévention des maladies chroniques et de l'intégration sociale. En 2007, il a publié *Prêts pour l'action*, ressource conçue pour offrir des pistes d'action aux praticiens qui s'intéressent aux déterminants sociaux de la santé[(139)].

(139) Alliance pour la prévention des maladies chroniques de l'Ontario, Centre ontarien d'information en prévention et Société canadienne du cancer, *Prêts pour l'action : Les déterminants sociaux de la santé*, mars 2007, http://www.ocdpa.on.ca/docs/PrimertoAction-FR.pdf.

CHAPITRE 9 : ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

9.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- En 1993, l'Île-du-Prince-Édouard s'est dotée d'une politique sur la santé de la population, qu'elle a intégrée dans sa Loi sur les services de santé et les services communautaires. Cette loi fait état des mécanismes de mise en œuvre de la politique, à savoir la gouvernance régionale et le financement global.

- En adoptant cette loi, l'Île-du-Prince-Édouard devenait l'une des premières provinces canadiennes à transférer des ressources dans le but d'agir sur les déterminants de la santé.

- L'intégration d'un vaste éventail de services sociaux, communautaires et de santé et la coordination de ces services par des régies régionales visaient à accroître l'efficacité, à mettre au premier plan l'ensemble des facteurs déterminants de la santé et à faire participer davantage les collectivités à la planification et à la prestation des services afin de répondre aux besoins locaux.

- La collaboration intersectorielle et la réaffectation des ressources se sont avérées une entreprise de longue haleine échelonnée en plusieurs étapes. L'établissement de partenariats, l'intégration et les transferts de ressources s'opèrent lentement.

- Les obstacles à la mise en œuvre de la politique sur la santé de la population se sont révélés tant structurels que systémiques : la perception du public, les conventions collectives, les querelles de territoire dans le domaine des soins de santé, la réduction des niveaux de financement et les multiples changements organisationnels.

9.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

À l'Île-du-Prince-Édouard, le travail d'élaboration et de mise en œuvre de la politique sur la santé de la population a débuté en 1991 lorsque le gouvernement de la province a créé un groupe de travail chargé d'examiner l'avenir des services sociaux, communautaires et de santé. À cette époque, le système de santé et bon nombre de services sociaux et communautaires étaient administrés à l'échelle de la province par des ministères, des organismes et des conseils, dans un contexte où l'on se préoccupait de la hausse des coûts, de l'utilisation accrue des services, de la capacité de répondre aux besoins de la population et de la participation insuffisante des collectivités à la prise de décisions.

Dans son rapport de 1992, intitulé *Health Reform: A Vision for Change*, le groupe de travail a conclu qu'il n'y avait pas de politique publique favorable à la santé à l'Île-du-Prince-Édouard et que le travail d'élaboration était peu coordonné avec d'autres secteurs gouvernementaux, tels que l'éducation, les services à la jeunesse et l'environnement. Il a recommandé une nouvelle vision axée sur la santé de la population, privilégiant la promotion du mieux-être, la planification fondée sur les besoins, les services communautaires et la participation des localités à la planification et à la prestation d'un ensemble intégré de services sociaux et de santé. Il a également recommandé la création d'un conseil provincial chargé de définir les objectifs et les politiques en matière de santé et de favoriser des orientations publiques favorables à la santé dans tous les secteurs gouvernementaux(140).

Le gouvernement a réagi de manière positive en constituant une équipe de transition chargée d'établir un plan de mise en œuvre des recommandations du groupe de travail. Dans le document *Partnerships for Better Health* rendu public en 1993, l'équipe de transition a résolument constaté qu'il fallait aborder le vaste éventail des déterminants de la santé sous l'angle de la santé de la population. Elle a mis en lumière l'importance de la promotion de la santé et souligné que les soins primaires devaient reposer en partie sur l'intégration du développement social et économique et du secteur de la santé. Elle a recommandé la régionalisation des services sociaux et de santé, la création d'un centre de ressources pour la promotion de la santé, la préparation et la tenue d'une évaluation des besoins des collectivités par les nouvelles régies régionales ainsi que la mise sur pied d'un projet pilote de centres de santé communautaires(141).

La même année, l'Assemblée législative a voté la Loi sur les services de santé et les services communautaires, qui décentralisait grandement la structure organisationnelle des services sociaux, communautaires et de santé de la province. Plus

(140) Task Force on Health, *Health Reform: A Vision for Change*, PEI Cabinet Committee on Government Reform, Government of Prince Edward Island, mars 1992.

(141) Health Transition Team, *Partnerships for Better Health*, Government of Prince Edward Island, juin 1993.

précisément, cette loi créait cinq régies régionales chargées d'évaluer les besoins en santé de la population, de définir les priorités, d'allouer les fonds, de retenir des fournisseurs de services et d'administrer et de fournir de nombreux services sociaux et de santé : services hospitaliers, services à domicile, services de santé mentale, de santé publique, d'aide aux toxicomanes, d'aide à l'enfance, de sécurité du revenu, de logement social, de création d'emplois, d'amélioration de l'emploi, services sociaux pour les aînés, services de développement communautaire, services correctionnels et de probation, entre autres (à l'exclusion des médicaments sur ordonnance, des services médicaux et de l'éducation). La Loi prévoyait aussi l'allocation d'un budget global à chacune des régies régionales(142). Ce financement global visait à donner aux décideurs régionaux la latitude voulue pour agir sur les grands déterminants de la santé en gérant les programmes et en répartissant les ressources de manière à répondre aux besoins locaux. Aucune autre province canadienne n'a décentralisé des pouvoirs pour un aussi vaste éventail de services sociaux et de santé(143).

La Loi créait aussi deux nouveaux organismes centraux : le Health Policy Council, dont le mandat était de fixer les grands objectifs de santé et de conseiller le ministre, et le Health and Community Services Agency, chargé de définir les services essentiels que les régions auraient à offrir, d'établir les budgets régionaux et les politiques de ressources humaines et de fournir aux régies régionales un soutien pour l'élaboration des programmes.

En 1994, le Health Policy Council a rendu publics cinq grands objectifs destinés à faire l'objet d'un vaste débat :

1. Une meilleure compréhension de la santé fondée sur les déterminants de la santé, une plus grande importance étant accordée à la promotion de la santé et à la prévention des maladies.
2. Des personnes, des familles et des collectivités en santé – créer des familles et des collectivités fortes et solidaires.
3. Un environnement sain – maintenir et favoriser des milieux physiques sains et sûrs.

(142) Prince Edward Island, *Health and Community Services Act*, sanctionnée en 1993 et abrogée en 2005.

(143) Jonathan Lomas, John Woods et Gerry Veenstra, « Devolving Authority for Health Care in Canada's Provinces: 1. An Introduction to the Issues », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 156, numéro 3, février 1997, p. 371 à 377, http://www.cmaj.ca/content/vol156/issue3/.

4. Des services communautaires et de santé de qualité – fournir des services de santé appropriés, accessibles et viables et assurer une gestion équitable et judicieuse des ressources.
5. Une politique gouvernementale favorable à la santé – les politiques sociales, économiques, culturelles et environnementales exercent une profonde influence sur la santé. D'autres secteurs d'intérêt public doivent effectuer des évaluations des incidences sur la santé[144].

En 1995, le Health and Community Services Agency a rendu public son plan stratégique, qui énonçait les quatre objectifs suivants :

1. Renforcer les familles, les personnes et les collectivités en mettant l'accent sur le développement de la petite enfance, le contrôle des maladies transmissibles et les groupes à risque.
2. Fournir divers services de santé intégrés, axés sur les besoins, accessibles et abordables qui mettent en relief les grands déterminants de la santé.
3. Assurer le perfectionnement des ressources humaines au sein du système de santé et tirer le meilleur parti possible des fournisseurs de services.
4. Accroître l'efficience et l'efficacité des soins de santé[145].

En 1997, le Health Policy Council a été supprimé et le Health and Community Services Agency a été fusionné avec le ministère de la Santé et des Services sociaux pour que les décideurs régionaux puissent rendre directement des comptes au ministre. On a retiré aux régies régionales la responsabilité des services correctionnels et de probation, mais on a continué d'allouer à chaque régie une enveloppe budgétaire globale pour les soins actifs, les soins à domicile, les soins prolongés, les soins de longue durée, le logement social, les services sociaux, les services d'aide aux toxicomanes, la protection de l'enfance, l'amélioration de l'emploi et la sécurité du revenu.

En 2001, le gouvernement a publié un document intitulé *Strategic Plan for the Prince Edward Island Health and Social Services System*. Ce plan stratégique tenait compte de l'ensemble des déterminants de la santé, mais il mettait surtout l'accent sur

(144) Health Policy Council, *Draft Health Goals for Prince Edward Islanders*, Government of Prince Edward Island, document de discussion, décembre 1994.

(145) Health and Community Services Agency, *Health and Community Services System – Provincial Plan*, Government of Prince Edward Island, juin 1995.

l'offre et la demande de soins, la responsabilité individuelle en matière de santé et la confiance du public dans le système. Il proposait six nouveaux objectifs :

1. Améliorer l'état de santé de la population.
2. Accroître la responsabilité personnelle en matière de santé.
3. Améliorer la viabilité du système.
4. Accroître la confiance du public dans le système.
5. Accroître le mieux-être au travail et le moral des employés.
6. Maintenir les autres résultats aux niveaux actuels.

Le Plan stratégique recensait divers indicateurs de l'état de santé en fonction desquels on mesurerait et communiquerait régulièrement les progrès accomplis vers la réalisation de chaque objectif(146). Le premier rapport a été rendu public en janvier 2003, le deuxième en décembre 2004 et le plus récent en octobre 2006(147).

Le Plan stratégique faisait aussi état de plusieurs initiatives axées sur le mieux-être, annonçait l'instauration d'une stratégie provinciale de développement de l'enfant et insistait sur une collaboration accrue au chapitre des déterminants de la santé avec les autres ministères et organismes, les collectivités, les ONG, les professionnels de la santé et le secteur privé. Les initiatives axées sur le mieux-être visaient la prévention des maladies, la promotion d'habitudes de vie saines, le mieux-être des aînés, une politique gouvernementale favorable à la santé, la reconnaissance des mesures de mieux-être pour le public et les employés et le soutien des familles à faible revenu. Le Plan indiquait que d'autres stratégies seraient nécessaires pour réduire les disparités en matière de santé.

En 2002, le gouvernement de la province a déchargé les régies régionales de la responsabilité des soins hospitaliers et des services d'aide aux toxicomanes afin de les confier à la nouvelle régie provinciale des services de santé. En 2005, il a annoncé une importante réorganisation du système de services sociaux et de santé qui a mis fin à l'approche régionale établie pour les politiques et les programmes sur la santé de la

(146) Department of Health and Social Services, *Pathways to Wellness and Sustainability – Strategic Plan for the Prince Edward Island Health and Social Services System, 2001-2005*, Prince Edward Island Government, décembre 2001, http://princeedwardisland.com/publications/getpublication.php3?number=711.

(147) Department of Health, *Prince Edward Island Health Indicators*, Prince Edward Island Government, octobre 2006, http://www.gov.pe.ca/publications/getpublication.php3?number=1355.

population. Les régies régionales et la régie provinciale ont été regroupées en une seule organisation relevant du ministère de la Santé. Des conseils d'hôpitaux communautaires ont été mis en place et investis d'un mandat de supervision, de gestion et de planification de ces hôpitaux. Par ailleurs, un ministère distinct des Services sociaux et des Aînés a vu le jour pour s'occuper des services à l'enfance, des services sociaux et des besoins spéciaux des aînés. Cette réorganisation, selon le gouvernement, produirait une économie annuelle de neuf millions de dollars grâce à la réduction des chevauchements, des dédoublements et des services administratifs[148]. Elle a permis l'adoption de nouveaux mécanismes d'exécution des programmes et d'attribution des ressources qui, dans une certaine mesure, ont nui à la capacité de la province d'accorder une place centrale aux déterminants de la santé.

Le ministère de la Santé collabore actuellement avec les intervenants pour promouvoir la santé et prévenir les maladies au moyen de plusieurs approches intersectorielles conjointes axées sur certains déterminants de la santé. Ce sont notamment la Stratégie de promotion d'un mode de vie sain (lancée en 2003), la Stratégie de lutte contre le cancer (établie en 2004) et la Stratégie visant le développement sain de l'enfant (mise en œuvre en collaboration avec le ministère des Services sociaux et des Aînés)[149].

---

[148] Government of Prince Edward Island, *Provincial Budget – Backgrounder: Health and Social Services*, avril 2005, http://www.gov.pe.ca/budget/2005/backgrounders/health/index.php.

[149] Ministry of Health, *Annual Report for the Year Ending March 31, 2006*, Government of Prince Edward Island, 2006.

9.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

La Loi sur les services de santé et les services communautaires ne prévoyait pas de mécanisme de surveillance et d'évaluation, mais trois études ont permis d'évaluer les changements apportés et leurs effets. Une entente de contribution conclue entre le gouvernement fédéral (Santé Canada) et la province (ministère de la Santé et des Services sociaux) a mené à la création, au sein du ministère provincial, d'un groupe restreint chargé du Projet d'évaluation des systèmes. Entre 1997 et 1999, le groupe a élaboré des protocoles et des lignes directrices pour faciliter l'évaluation de la réaffectation intersectorielle des ressources découlant de la réforme de 1993. Il a également produit un résumé de ses travaux[(150)(151)]. Une autre étude a été financée conjointement par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, le McMaster Institute of Environment and Health et le ministère de la Santé et des Services sociaux de la province[(152)]. Plus récemment, un troisième groupe de chercheurs canadiens a fait connaître ses conclusions au sujet des efforts de mise en œuvre de la politique sur la santé de la population à l'Île-du-Prince-Édouard de 1993 à 2001[(153)]. Voici un résumé des informations recueillies :

- Les objectifs de la réforme étaient clairs : mettre l'accent sur les déterminants non médicaux de la santé plutôt que sur les soins de santé. Au sein du système de santé,

(150) Le Projet d'évaluation des systèmes a produit huit rapports : *A Guide to System Evaluation: Assessing the Health and Social Services System in PEI* (1997); *A Conceptual Framework for Cross-Sectoral Reallocation of Resources for Health* (1998); *Data Collection Instruments for Evaluating Health and Social Service Systems* (1998); *Decision Support Tools for Cross-Sectoral Investments in Population Health in the Context of Health System Change* (1998); *Facilitating Staff Involvement in the Shift to Cross-Sectoral Reallocation* (1998); *Preparing for Media Communications about Cross-Sectoral Reallocation* (1998); *Scan and Plan: Meeting and Managing Potential Challenges to Cross-Sectoral Reallocation* (1998); et *Summary of Results* (1999).

(151) En 1999, le gouvernement de la province a décidé qu'il était temps de passer à l'action au lieu de réaliser d'autres études. Le Projet d'évaluation des systèmes a donc été réorganisé et son personnel a été affecté à d'autres fonctions d'évaluation.

(152) John D. Eyles, Greg L. Stoddart, John N. Lavis, Tina Pranger, Laurie Molyneaux-Smith et Colin McMullan, *Vers une réaffectation des ressources à l'appui des grands déterminants de la santé : l'expérience de l'Île-du-Prince-Édouard*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, janvier 2001, http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/eyles_report.pdf.

(153) Greg L. Stoddart, John D. Eyles, John N. Lavis et Paul C. Chaulk, « Reallocating Resources across Public Sectors to Improve Population Health », chapitre 12 de *Healthier Societies – From Analysis to Action*, 2006, p. 327-347.

on souhaitait aussi mettre l'accent sur les soins dans le milieu de vie plutôt que sur les soins en établissement.

- Si la santé de la population occupait une place privilégiée dans les objectifs, les documents sur la réforme faisaient état d'autres objectifs tout aussi importants, dont l'expansion des soins primaires, l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience par la coordination et l'intégration des services, la planification fondée sur les besoins, une plus grande responsabilité individuelle en matière de santé ainsi qu'une participation plus grande des collectivités à la prise de décisions.

- Les décideurs des différents secteurs gouvernementaux qui ont pris part à la réforme ne partageaient pas le même avis sur l'importance des objectifs. Le Health Policy Council donnait la priorité aux déterminants de la santé alors que le Health and Community Services Agency mettait l'accent sur le développement communautaire, une intégration et une coordination accrues et la réduction du dédoublement des services. En raison des préoccupations financières du gouvernement, le ministère de la Santé et des Services sociaux soulignait pour sa part la nécessité de rendre la prestation des services de santé plus efficace et plus efficiente.

- À l'échelle régionale, la poursuite simultanée d'un aussi grand nombre d'objectifs a eu un double effet sur la réaffectation des ressources. La force du nombre obligeait les décideurs à disperser leur attention sur des objectifs souvent concurrents, et apparemment tous de la même importance. Qui plus est, le fait que certains objectifs (améliorer l'efficacité administrative, par exemple) soient plus faciles à atteindre que d'autres (la réaffectation notamment) explique probablement pourquoi les gestionnaires régionaux ont progressé plus lentement dans le cas de ces derniers.

- La régionalisation a nécessité la modification et la renégociation des conventions collectives et a entraîné un transfert des emplois des ministères et organismes centraux ou provinciaux vers les régions. Tout cela a pris énormément de temps.

- La réaffectation des ressources nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population est un processus de longue haleine qui peut uniquement se réaliser par un engagement à long terme. La période prévue pour la réforme, soit de 1993 à 2001, n'était peut-être pas suffisante pour que les rajustements et les réaffectations nécessaires aient lieu ou produisent des effets appréciables sur la santé.

- En principe, le financement global a permis de transférer des ressources entre les différents secteurs ayant un lien avec la santé et a donné beaucoup de latitude pour réaffecter les ressources à l'échelle régionale. En pratique toutefois, trois facteurs ont limité la réaffectation. Premièrement, les fonds ont été attribués aux régies régionales en fonction surtout du financement antérieur et non d'une évaluation des besoins de chaque population régionale. Deuxièmement, les documents budgétaires du gouvernement ont continué à rendre compte du financement global par programme, ce qui dès le départ a causé une rigidité. Troisièmement, la réduction des paiements

de transfert fédéraux a entraîné un repli budgétaire du gouvernement de la province aussitôt après la mise en œuvre de la réforme, ce qui a réduit la marge de manœuvre dont disposaient les régions une fois les services essentiels fournis et a amoindri l'efficacité des régions dans la réaffectation des ressources.

- La gouvernance régionale a facilité dans une certaine mesure la réaffectation intersectorielle. Elle a contribué à l'établissement de partenariats, à l'intégration et à la coordination à l'intérieur des régions et a renforcé l'obligation de rendre des comptes à l'échelle communautaire. Elle a toutefois réduit la collaboration entre les régions.

- Bien que la réforme ait suscité une culture organisationnelle propice à la santé de la population, les régies régionales estimaient qu'il faudrait plus de temps et plus d'efforts de sensibilisation pour bien faire comprendre au public pourquoi des ressources pourraient être détournées du secteur des soins actifs, en particulier. Si le public a réagi comme il l'a fait à cette éventualité, c'est probablement parce qu'il est fermement convaincu de l'importance des soins de santé par rapport aux effets des déterminants sociaux et économiques. Il est essentiel d'amener le public à corriger cette perception fautive pour le faire adhérer à la réforme.

- Les intérêts des médecins, du personnel hospitalier et des autres fournisseurs de services ont aussi influé sur le rythme de la réforme. Certains fournisseurs de services – soins communautaires et services sociaux notamment – estimaient que la réforme était avantageuse pour eux ou leur secteur, mais la plupart des travailleurs du secteur principal, celui des soins en établissement, craignaient des pertes d'emplois ou des changements dans leurs conditions de travail. Dès le départ, ils ont énergiquement exprimé leur opposition.

- La réaffectation des ressources a donc été très difficile à opérer parce qu'il fallait tenir compte des enjeux politiques, de l'opinion publique, des conventions collectives, des changements dans les niveaux budgétaires et des querelles de territoire dans le secteur des soins de santé. Les gestionnaires régionaux ont trouvé extrêmement difficile d'apporter les changements majeurs nécessaires pour transférer des ressources au secteur de la prévention en amont. Les ressources qui ont pu être réaffectées étaient principalement du personnel, des locaux, du matériel et de l'information plutôt que des fonds.

- Une évaluation des mesures de réaffectation des ressources, de leurs effets et de la satisfaction des patients et de la clientèle aurait pu contribuer à faire accepter le concept.

- L'Île-du-Prince-Édouard a été un précurseur parmi les provinces et les territoires dans l'établissement de mécanismes de réaffectation des ressources en faveur de la santé de la population.

CHAPITRE 10 : QUÉBEC

10.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Le Québec a adopté une politique axée sur la santé de la population en 1992. Cette politique était innovatrice à l'époque, car elle associait tous les secteurs du gouvernement et de la société à une approche intersectorielle visant l'amélioration de la santé et la réduction des disparités en matière de santé.

- La politique de 1992 a été renouvelée et renforcée en 2001 par l'adoption de la *Loi sur la santé publique*, dont l'un des objectifs est de mettre en place une politique pangouvernementale axée sur la santé de la population. L'article 54 de la Loi, qui est reconnu internationalement pour son caractère novateur, confère au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir de donner de sa propre initiative des avis aux autres ministres pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser la santé de la population.

- L'article 54 oblige également les ministères et les organismes gouvernementaux à évaluer l'impact sur la santé des projets de loi et de règlement qu'ils élaborent. À cette fin, le ministère de la Santé et des Services sociaux a produit un guide qui décrit les étapes à suivre pour effectuer les évaluations.

- La *Loi sur la santé publique* et le programme provincial de santé publique qui en découle habilitent le secteur de la santé à jouer un rôle dans la formulation des politiques. Le défi principal reste de convaincre les ministères dont les programmes influencent les déterminants non médicaux de la santé à participer à l'élaboration de politiques gouvernementales favorables à la santé.

- La politique sur la santé de la population du Québec met aussi en lumière la nécessité de réduire les inégalités de revenu. En 2002, l'Assemblée nationale a adopté la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, qui a pour objet de réduire progressivement la pauvreté sur une période de dix ans. Pour ce qui est de l'objectif consistant à réduire les disparités en matière de santé, sa réalisation passe aussi par l'action intersectorielle.

10.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

L'élaboration d'une politique sur la santé de la population au Québec a été entreprise dans la foulée du mouvement international « Santé pour tous », lancé au début des années 1980 sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé. En 1984, le Conseil des affaires sociales et de la famille a présenté au gouvernement *Objectif santé*, le rapport

de son Comité d'étude sur la promotion de la santé. Ce rapport dressait un bilan de la santé au Québec, examinait les principaux déterminants de la santé, formulait des objectifs de santé et de bien-être et proposait des moyens d'action axés sur la santé de la population[(154)]. De même, dans un rapport déposé en 1988, la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux a proposé l'adoption de six grandes orientations, parmi lesquelles figurait une politique pangouvernementale sur la santé de la population, présentée comme « un corollaire indispensable d'une approche axée sur les résultats »[(155)].

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a réagi en adoptant en 1992 la *Politique de la santé et du bien-être*. Cette politique, résolument orientée vers la santé de la population, accordait une place importante aux déterminants non médicaux de la santé et indiquait clairement sa préoccupation au sujet des disparités en matière de santé et des inégalités de revenu au Québec. Perçue comme innovatrice à l'époque, elle était la première politique à associer tous les secteurs du gouvernement et de la société à une approche intersectorielle tendant vers un objectif commun. La Politique de la santé et du bien-être reposait sur trois constats : 1) la santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu; 2) le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur le partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et la société dans son ensemble; 3) la santé et le bien-être de la population représentent a priori un investissement sociétal. Les stratégies proposées visaient : 1) le renforcement du potentiel de chaque individu; 2) le soutien aux milieux de vie et aux environnements sécuritaires; 3) l'amélioration des conditions de vie; 4) l'action pour et avec les groupes vulnérables; 5) l'harmonisation des politiques et des stratégies de l'ensemble des

(154) Comité d'étude sur la promotion de la santé, *Objectif santé*, Conseil des affaires sociales et de la famille, gouvernement du Québec, 1984.

(155) Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, *Rapport final*, gouvernement du Québec, 1988.

ministères à cet effet; 6) la réorientation du système de santé vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses[156].

En 1997, le MSSS a publié le document d'orientation *Des priorités nationales de santé publique 1997-2002*, qui visait à mieux définir la contribution du secteur de la santé à l'atteinte des objectifs proposés dans la Politique de la santé et du bien-être. Outre un engagement accru dans la lutte contre les disparités en matière de santé et les inégalités de revenu[157], sept priorités ont été retenues : 1) le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes; 2) les maladies évitables par l'immunisation; 3) le VIH-sida et les maladies sexuellement transmissibles; 4) le dépistage du cancer du sein; 5) le tabagisme; 6) les traumatismes non intentionnels et intentionnels; 7) l'alcoolisme et les toxicomanies.

Selon une évaluation réalisée au terme des dix années visées par la Politique de la santé et du bien-être(1992-2002), le secteur de la santé et l'ensemble de la société ont été encouragés à se doter d'une vision plus globale de la santé et de ses déterminants et à se concentrer sur des objectifs communs de santé et de bien-être. Cette évaluation a démontré que la politique avait réussi à mobiliser et à structurer l'action communautaire, maillon essentiel à l'approche fondée sur la santé de la population. Parmi les autres effets positifs de la politique, on mentionnait l'établissement d'indicateurs de la santé et du bien-être et un soutien financier accru à la recherche sur la santé de la population. Cependant, les auteurs du rapport d'évaluation ont noté le manque de participation flagrant des secteurs gouvernementaux autres que ceux de la santé et des services sociaux et déploré le peu de leadership exercé par le MSSS pour obtenir l'adhésion des autres ministères et des organismes gouvernementaux, ainsi que l'absence d'engagement formel du gouvernement dans son ensemble pour ce qui est d'exiger et de faciliter le soutien de tous ses ministères et de soutenir l'action intersectorielle. Enfin, ils

(156) Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La politique de la santé et du bien-être*, gouvernement du Québec, 1992, http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/62b9f91171e5a894852568e1006fafd7?OpenDocument.

(157) Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Des priorités nationales de santé publique 1997-2002*, gouvernement du Québec, 1997, http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96_203.pdf.

ont recommandé le renouvellement de la politique en privilégiant tout spécialement la participation active des secteurs dont les programmes ont des effets importants sur les déterminants non médicaux de la santé[158].

En 2001, l'Assemblée nationale a adopté la *Loi sur la santé publique*, dont l'un des objectifs était de mettre en place une politique pangouvernementale sur la santé de la population[159]. L'article 3 de la Loi, en particulier, fait explicitement état d'une approche axée sur la santé de la population, qui vise à « influencer de façon positive les principaux facteurs déterminants de la santé, notamment par une action intersectorielle concertée ». De plus, l'article 54, qui est lui aussi reconnu internationalement pour son caractère novateur, fournit un levier important pour l'élaboration d'une politique pangouvernementale axée sur la santé de la population en obligeant l'ensemble des ministères à analyser l'impact sur la santé de leurs lois et règlements. Il confère également au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir de donner de sa propre initiative des avis aux autres ministres pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser la santé de la population[160]. Par ailleurs, les articles 53, 55 et 56 confient aux autorités de santé publique provinciales, régionales et locales la responsabilité des déterminants de la santé en encourageant la collaboration intersectorielle[161].

---

(158) Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La Politique de la santé et du bien-être : une évaluation de sa mise en œuvre et de ses retombées sur l'action du système sociosanitaire québécois de 1992 à 2002*, gouvernement du Québec, 2004, http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/c955d244287edd8c85256ed20069e1b5?OpenDocument.

(159) Gouvernement du Québec, *Loi sur la santé publique*, L.R.Q., chapitre S-2.2, 2001, http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html.

(160) Article 54 de la *Loi sur la santé publique* : « Le ministre est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population. »

(161) Louise St-Pierre et Lucie Richard, « Le sous-système de santé publique québécois et la promotion de la santé entre 1994 et 2006 : progrès certains, ambiguïtés persistantes », chapitre 10, *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives et critiques* (Les Presses de l'Université Laval, 2006), p. 183 à 204.

En réponse à la *Loi sur la santé publique*, le MSSS a lancé en 2002 son *Programme national de santé publique 2003-2012*. Ce programme proposait cinq stratégies : 1) renforcer le potentiel des individus; 2) soutenir le développement des collectivités; 3) participer aux actions intersectorielles en faveur de la santé et du bien-être; 4) soutenir les groupes vulnérables; 5) encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces(162). Selon des experts, le programme est trop récent pour que l'on puisse évaluer les retombées de sa mise en œuvre, mais il laisse entrevoir un bon potentiel compte tenu des instruments législatifs mis en avant pour encourager la collaboration interministérielle dans l'élaboration de politiques qui améliorent la santé de la population(163).

10.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Si l'adoption de l'article 54 a été une étape importante vers l'élaboration de politiques favorables à la santé, sa mise en œuvre comporte des défis de taille, dont traite un guide d'évaluation de l'impact des différents projets de loi et de règlement sur la santé et le bien-être produit par le MSSS à l'intention des ministères et des organismes gouvernementaux(164). De plus, un processus intergouvernemental a été établi pour faciliter le déroulement des évaluations. Il comporte trois objectifs : 1) permettre aux ministères et aux organismes gouvernementaux d'apprécier l'impact sur la santé des projets de loi et de règlement lors de leur élaboration; 2) favoriser l'adoption de mesures

(162) Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012*, gouvernement du Québec, 2003, http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/cf4a108863ca20ed8525680900713c29/e76533b4f436909a85256c7600697dbf?OpenDocument.

(163) Nicole F. Bernier, « Quebec's Approach to Population Health : An Overview of Policy Content and Organization », *Journal of Public Health Policy*, vol. 27, n° 1, 2006, p. 22 à 37.

(164) Ce guide comporte deux documents : 1) ministère de la Santé et des Services sociaux, *Guide pour le dépistage – Processus d'évaluation des impacts sur la santé*, gouvernement du Québec; 2) ministère de la Santé et des Services sociaux, *Guide pour le cadrage et l'évaluation préliminaire – Processus d'évaluation des impacts sur la santé*, gouvernement du Québec, http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/organisa/LoisRegl.nsf/77b66363fd8d8cad85256714005bc2fa/7c1ca76a4f0ac99085256b5d004dd0e9?OpenDocument.

pouvant atténuer les effets négatifs des lois et des règlements sur la santé; 3) éclairer la prise de décisions des autorités gouvernementales[165].

La *Loi sur la santé publique* établit différents moyens de surveillance des changements dans l'état de santé de la population et de diffusion de l'information qui en découle, notamment dans des rapports provinciaux. Le premier de ces rapports, rendu public en 2005, fait le constat suivant : « Les principaux moyens intersectoriels susceptibles d'influencer les déterminants communs doivent viser les buts suivants : réduire la pauvreté et les inégalités, préserver l'environnement physique, appuyer le développement de communautés solidaires, soutenir l'adoption d'habitudes de vie saines et soutenir le développement des enfants et des jeunes[166]. » Il ne précise toutefois pas comment l'approche intersectorielle doit être réalisée et structurée.

Pour faciliter l'application de l'article 54, le gouvernement a aussi mis sur pied un programme de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être. Ce programme, sous l'égide du Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, est le résultat d'un partenariat entre le MSSS, l'Institut national de santé publique du Québec, le Fonds de recherche en santé du Québec et le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture[167].

Enfin, en 2007, le MSSS a publié *La santé, autrement dit…* à l'intention des ministères et organismes gouvernementaux ainsi que des organismes communautaires. C'est un outil qui vise à mieux faire connaître les déterminants de la

---

(165) Pour plus de renseignements à ce sujet, on peut consulter les deux documents suivants : 1) Jean Turgeon, *L'adoption de politiques favorables à la santé pour le Québec*, communication présentée à l'École nationale de santé publique, Rennes (France), 17 mars 2005, http://www.gepps.enap.ca/fr/index.aspx?sortcode=1.15.19.22; 2) Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, *Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec : Huit études de cas – Résumés*, mai 2007, http://www.gepps.enap.ca/gepps/docs/r%C3%A9sum%C3%A9s%20%C3%A9tudes%20de%20cas/vfresumes%20etudes%20de%20cas%20(8)_gepps_30mai2007.pdf.

(166) Directeur national de la santé publique, *Produire la santé – Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 2005, http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/90aa79a84053fb7585256fda00665d9f?OpenDocument.

(167) Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, http://www.gepps.enap.ca/fr/nouvelles.aspx?sortcode=1.15.22.

santé et à orienter l'action en faveur de l'amélioration de la santé de la population. Il dresse un bref portrait des programmes et initiatives du gouvernement qui touchent huit grands déterminants de la santé : les habitudes de vie, l'éducation, le logement, le transport, l'aménagement urbain, l'environnement physique, l'environnement social et le revenu(168). Il résume bien l'effort du gouvernement du Québec pour mettre en œuvre une approche pangouvernementale axée sur la santé de la population.

10.4 PLAN D'ACTION INTERSECTORIEL POUR LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

Dans la Politique de la santé et du bien-être de 1992, le MSSS s'était engagé à s'associer à des ministères et organismes préoccupés par la pauvreté et la dépendance sociale pour élaborer un plan d'action gouvernemental de réduction de la pauvreté qui vise en priorité les familles ayant de jeunes enfants. Entre 1993 et 2002, le MSSS, le ministère de la Sécurité du revenu et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ont mis sur pied différents comités chargés d'élaborer des orientations ministérielles pour réduire les inégalités de revenu et les disparités en matière de santé.

En réponse aux recommandations de ces comités, le gouvernement a présenté en 2002 la *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, qui s'articule autour de cinq grands thèmes : 1) favoriser le développement du potentiel des individus; 2) renforcer le filet de sécurité sociale et économique; 3) favoriser l'accès à l'emploi et valoriser le travail; 4) favoriser l'engagement de l'ensemble de la société; 5) assurer la constance et la cohérence de l'action à tous les niveaux(169).

(168) Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La santé, autrement dit… Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, gouvernement du Québec, 2007, http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/1a165acb041a1e7a852572db004c26f3?OpenDocument.

(169) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale – Énoncé de politique*, gouvernement du Québec, 2002, http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/index.asp?categorie=portail|cr|saca|sr&type=&page=2.

La même année, l'Assemblée nationale a adopté la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*[170], qui a pour objet d'amener progressivement (sur une période de dix ans) le Québec au nombre des nations industrialisées comptant le moins de personnes pauvres. Le gouvernement du Québec est ainsi devenu le deuxième au monde (après celui de la France) à assurer par une loi la constance et la cohérence des actions de lutte contre la pauvreté. L'article 12 de la Loi prévoit l'adoption d'un plan d'action précisant de quelle façon le gouvernement compte atteindre son objectif. Le *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* a été rendu public en 2004[171]. Il comprend des mesures visant à améliorer le revenu des personnes et des familles à faible revenu, des investissements pour le logement social, des initiatives pour favoriser la sécurité alimentaire et d'autres mesures importantes pour les prestataires de l'assistance-emploi. Enfin, il contient des mesures pour adapter les actions à la réalité des Autochtones.

La Loi exige notamment que le ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale présente un rapport annuel sur les activités réalisées dans le cadre du plan d'action gouvernemental. Le rapport de 2006, qui a été préparé par huit ministères et deux organismes gouvernementaux[172], ne donne pas d'indicateurs de la pauvreté qui puissent servir à évaluer le chemin parcouru depuis l'adoption de la Loi. Il souligne toutefois l'importance de l'approche intersectorielle et de la volonté de la société dans son ensemble d'atteindre l'objectif visé[173].

---

(170) Gouvernement du Québec, *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, L.R.Q., chapitre L-7, 2002, http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/L_7/L7.html.

(171) Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, *Concilier liberté et justice sociale : un défi pour l'avenir – Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, gouvernement du Québec, avril 2004, http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/index.asp?categorie=portail|cr|saca|sr&type=&page=2.

(172) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, ministère du Travail, ministère des Affaires municipales et des Régions, Société d'habitation du Québec et Secrétariat à la jeunesse.

(173) Gouvernement du Québec, *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2004-2009 : Bilan de la deuxième année*, 2006, http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/index.asp?categorie=portail|cr|saca|sr&type=&page=1.

CHAPITRE 11 : SASKATCHEWAN[174]

11.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- De solides alliances orientées vers la recherche et le travail stratégique, comme le Partenariat de la Saskatchewan pour la promotion de la santé de la population et le Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit (SPHERU), jouent un rôle important dans l'évolution des approches axées sur la santé de la population dans la province.

- La stratégie provinciale de promotion de la santé de la population, établie en 2004, exige que les régies régionales de la santé abordent quatre secteurs prioritaires sous l'angle de la santé de la population : le bien-être mental; l'accès à des aliments nutritifs; la réduction de la consommation d'alcool, de drogues et de tabac; les collectivités actives.

- Les principaux mécanismes de collaboration intersectorielle sont le Forum d'intégration des services à la personne, au niveau des ministères provinciaux, et les comités intersectoriels régionaux, au niveau régional.

11.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

L'élaboration d'une politique sur la santé de la population en Saskatchewan a été façonnée par diverses initiatives clés qui remontent au début des années 1990, époque de la restructuration du secteur de la santé. Cette restructuration a débouché sur la création de 30 conseils de santé de district (fusionnés en 2002 pour devenir les régies régionales de la santé), chargés de planifier, de gérer, d'intégrer et d'offrir sur leur territoire un éventail de services de santé, notamment l'évaluation des besoins de la clientèle, l'évaluation et la gestion de cas, la prévention des maladies, les services à domicile et les soins hospitaliers. Une formule fondée sur les besoins a été implantée pour le financement des conseils de santé de district.

En 1994, au terme d'un processus exhaustif de consultation publique, le Conseil de la santé de la Saskatchewan a publié le document *Population Health Goals for*

(174) L'information figurant dans ce chapitre s'inspire du document *L'expérience de la Saskatchewan en matière d'adoption et de mise en œuvre d'un nouveau modèle de santé de la population*, rédigé par Bev Nicholoff pour le compte du Sous-comité, novembre 2007.

Saskatchewan. Il mettait en relief toute la gamme des facteurs qui déterminent ou influencent la santé et encadrait l'amélioration de l'état de santé des individus et des collectivités de la Saskatchewan. Les objectifs étaient les suivants : 1) réévaluer les déterminants de la santé; 2) établir la justice et l'équité; 3) avoir des familles et des collectivités solidaires; 4) promouvoir un environnement physique sain; 5) promouvoir la santé; 6) partager les responsabilités[175].

Pour renforcer les approches axées sur la santé de la population, une alliance intersectorielle appelée le Partenariat de la Saskatchewan pour la promotion de la santé de la population a vu le jour en 1996[176]. Ce partenariat a coordonné l'élaboration d'un cadre conceptuel servant à orienter les régies régionales dans leur travail de promotion de la santé de la population (voir plus bas), a dirigé des projets de démonstration sur la prévention du diabète de type 2 à la lumière d'une stratégie de prévention axée sur la santé de la population et a organisé des cours d'été, des activités de formation et des études sur la promotion de la santé[177].

En 1999, le gouvernement a publié le document *Population Health Promotion Framework for Saskatchewan Regional Health Authorities*, qui présentait des définitions, des principes et des stratégies pour la promotion de la santé de la population afin d'aider les régies régionales à comprendre leur rôle dans ce travail de promotion et

---

(175) Saskatchewan Provincial Health Council, *Population Health Goals for Saskatchewan*, octobre 1994. Un document de suivi, *Your Health, My Health, Our Health: Our Individual and Collective Responsibilities – A Discussion Paper on the Determinants of Health*, a été publié en 1996.

(176) Les partenaires initiaux étaient les suivants : Santé Canada; Direction de la santé de la population et Direction des Services de gestion des districts de Santé Saskatchewan; Prairie Region Health Promotion Research Centre; districts de santé provinciaux, par l'intermédiaire des représentants du Health Promotion Contacts Group; Saskatchewan Association of Health Organizations; Saskatchewan Public Health Association; Human Services Integration Forum; Métis Family and Community Justice Services; Federation of Saskatchewan Indian Nations; Saskatchewan Indian Federated College.

(177) Lewis Williams, « Health Promotion in Saskatchewan: Three Developing Approaches », Michel O'Neill et coll., *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, 2e édition, Toronto, Canadian Scholars Press, 2007; et Natalie Kishchuk, « Études de cas pour la mobilisation régionale de l'approche santé de la population », préparé pour les bureaux régionaux de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, 2001, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/etudes_cas/index.html.

de donner des indications utiles sur les meilleurs moyens de collaborer avec d'autres secteurs[178].

En 2004 a paru le document *Healthier Places to Live, Work and Play: A Population Health Promotion Strategy for Saskatchewan*[179], qui présentait un cadre stratégique pour la promotion de la santé de la population aux niveaux local, régional et provincial et définissait quatre priorités à long terme : le bien-être mental; l'accès à des aliments nutritifs; la réduction de la consommation d'alcool, de drogues et de tabac; les collectivités actives. Cette stratégie mettait en lumière la nécessité pour le secteur de la santé de travailler en collaboration avec d'autres secteurs, d'autres ministères et des intervenants de l'extérieur, afin d'apporter et de faciliter des changements qui amélioreraient la santé des citoyens et des collectivités. Tout en soulignant les questions à prendre en considération dans l'établissement d'une vision, d'un cadre et de priorités axés sur la santé de la population dans la province, la stratégie visait à soutenir d'autres initiatives gouvernementales clés, comme la réforme des soins de santé primaires et la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains.

Le gouvernement collabore avec les régies régionales pour appliquer des mesures de promotion de la santé de la population. Les régies de la Saskatchewan ont établi leurs propres stratégies fondées sur la stratégie provinciale, mais adaptées aux besoins, aux priorités et aux ressources de leur région; ces stratégies sont mises à jour annuellement. Par exemple, voici certaines activités des régies régionales qui appuient deux priorités de la stratégie, l'accès à des aliments nutritifs et les collectivités actives :

- Renforcement de la capacité de favoriser l'accès à des aliments nutritifs à prix abordable, notamment le calcul des coûts des aliments, la distribution de boîtes d'aliments sains, les cuisines collectives, le développement du leadership et l'établissement de chartes sur l'alimentation.
- Mise en œuvre de politiques alimentaires et nutritionnelles saines dans les régions et les écoles, y compris la collecte de données de base en septembre 2006 pour surveiller les progrès.

---

(178) Saskatchewan Health, *A Population Health Promotion Framework for Saskatchewan Regional Health Authorities*, 1999, http://www.health.gov.sk.ca/health-promotion-framework.

(179) Saskatchewan Health, *Healthier Places to Live, Work and Play: A Population Health Promotion Strategy for Saskatchewan*, 2004, http://www.health.gov.sk.ca/phb-promotion-strategy.

- Création de partenariats pour faciliter le travail des secteurs du sport et des loisirs.
- Réduction des obstacles à l'activité physique grâce à des changements dans les infrastructures, à la promotion du transport actif, à l'amélioration de l'accessibilité des installations et à des mesures de réduction des coûts.
- Efforts visant à accroître les taux d'allaitement maternel, y compris l'élaboration de politiques et l'établissement d'un indicateur de surveillance des progrès.

Bien que certains fonds soient versés aux régies en fonction des besoins, c'est surtout l'utilisation antérieure qui continue de dicter l'affectation des ressources, plutôt que la compréhension des besoins de chaque région en santé de la population. L'intégration des services médicaux et des services sociaux et éducatifs relève encore plus de la théorie que de la réalité. Toutefois, la province a un réseau de comités intersectoriels régionaux qui favorise la planification et l'établissement intégrés des services à la personne d'une manière compatible avec une approche axée sur la santé de la population.

Chacun des dix comités intersectoriels régionaux compte un coordonnateur qui l'aide à remplir son mandat et facilite le développement des capacités communautaires. Les comités se composent de représentants des ministères provinciaux et fédéraux, des districts de santé, des divisions scolaires, des collèges régionaux, du Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology, des régies du logement, de la police, des conseils tribaux, des organisations métisses et des organismes communautaires[(180)]. Leur travail consiste à :

- appuyer les systèmes communautaires de planification des services à la personne;
- établir des stratégies de collecte des données et d'échange de renseignements, y compris des profils communautaires dans certaines régions;
- encourager la formation d'équipes d'intervention ou de groupes interorganismes pour s'attaquer aux dossiers des enfants, des jeunes et des familles vulnérables, et en particulier des jeunes enfants et des jeunes à risque;
- aider les groupes interorganismes communautaires en leur donnant des conseils en matière de planification, en finançant des projets et en facilitant les communications;
- coordonner l'examen local de divers projets financés, par exemple, par les subventions de prévention et de soutien, le fonds des initiatives communautaires, les sommes fédérales versées pour la santé de la population et la prévention du crime, etc.;

(180) Saskatchewan Ministry of Education, *Regional Intersectoral Committees*, http://www.sasked.gov.sk.ca/hsif/rics.shtml.

- favoriser la mise en œuvre d'une méthode intégrée de gestion de cas pour les personnes qui ont des besoins complexes;
- faciliter la participation des collectivités aux processus de consultation, par exemple pour l'étude sur la petite enfance, le Plan d'action national pour les enfants et l'initiative sur le rôle des écoles.

Au niveau provincial, les comités intersectoriels reçoivent l'appui du Forum des sous-ministres délégués et adjoints sur les services à la personne, qui a été créé à l'automne 1994 pour améliorer la coordination aux échelons supérieurs de l'administration gouvernementale et répondre à la demande croissante de services à la personne complets et intégrés. Le Forum a été restructuré en 1999 et renommé Forum d'intégration des services à la personne. Il a à sa tête un comité directeur qui représente les ministères suivants[181] : Éducation; Justice; Santé; Services correctionnels et Sécurité publique; Ressources communautaires et Emploi; Culture, Jeunesse et Loisirs; Relations avec les Premières nations et les Métis; Conseil exécutif.

Le Forum poursuit les objectifs suivants : établir et préserver des mécanismes servant à promouvoir et à faciliter la collaboration entre organismes, la planification intégrée et la prestation des services; repérer et affronter les obstacles; fournir des fonds et un soutien en matière de politiques; offrir un soutien à l'éducation aux fournisseurs de services à la personne; faire un usage efficient et efficace des ressources. Ses priorités touchant l'élaboration de politiques et de programmes visent le développement de la petite enfance ainsi que les jeunes et les citoyens en situation précaire.

11.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Le Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit (SPHERU) est un institut de recherche sans but lucratif fondé en 1999 par l'Université de Regina, l'Université de la Saskatchewan, le ministère de la Santé de la province, la Saskatchewan Association of Health Organizations et la Health Services Utilization and Research Commission. Depuis sa création, le SPHERU joue un rôle clé dans la

(181) Saskatchewan Ministry of Education, *Human Services Integration Forum*, http://www.sasked.gov.sk.ca/hsif/index.shtml.

promotion de la recherche sur la santé de la population. Les projets de recherche qu'il a entrepris s'articulent autour de trois grands thèmes : la santé des populations du Nord et des Autochtones; la santé des enfants; la santé des populations rurales[182].

La stratégie provinciale oblige les régies régionales à présenter un rapport sur leurs stratégies de promotion de la santé de la population. Ainsi, la régie de Saskatoon a, dans son rapport annuel 2006-2007, traité des comportements en matière de santé qui sont influencés par les conditions socioéconomiques dans sa région et fait état des progrès accomplis vers la promotion de la santé et la prévention des maladies[183].

(182) Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, *About Our Work*, http://www.spheru.ca/home.

(183) Saskatoon Regional Health Authority, *2006-2007 Annual Report to the Minister of Health and the Minister of Healthy Living Services*, 2007, http://www.saskatoonhealthregion.ca/about_us/documents/shr_annual_report_2006_07.pdf.

CHAPITRE 12 : LES TERRITOIRES[184]

12.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Les gouvernements des territoires ont surtout produit des documents sur le rôle des déterminants de la santé dans le bien-être des populations du Nord.

- L'importance des déterminants de la santé et la dynamique de leur interaction ne sont pas les mêmes que dans le reste du Canada en raison des réalités propres au Nord, notamment la proportion plus grande d'Autochtones et l'éloignement.

- Les Territoires du Nord-Ouest travaillent depuis longtemps à mettre en œuvre des politiques et des programmes axés sur la santé de la population au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux et aussi dans l'ensemble de l'administration publique, mais cela ne va pas sans difficulté.

- En raison des difficultés que pose l'échantillonnage dans les localités du Nord – notamment la taille réduite des échantillons –, les habitants des territoires se trouvent mal représentés dans les études sur la santé de la population. Néanmoins, des indicateurs pertinents ont été intégrés dans les rapports sur l'état de santé de la population des territoires et sont de plus en plus utilisés dans les rapports sur le rendement.

12.2 ÉLABORATION ET MISE EN OEUVRE

Au cours des dernières décennies, la structure administrative et les responsabilités des gouvernements du Nord ont beaucoup changé. Le transfert de la prestation des services de santé aux territoires, la création du Nunavut et le rôle accru des Premières nations dans les services de santé et les services sociaux ont dynamisé le secteur des politiques et des programmes.

L'interaction des déterminants de la santé est très différente dans le Nord et dans le Sud du pays. L'exploitation des ressources naturelles dans les communautés autochtones se caractérise souvent par une croissance forte et rapide suivie d'un déclin économique qui génère de profonds changements sociaux et culturels et intensifie les

(184) L'information figurant dans ce chapitre s'inspire du document *Politique en matière de santé de la population dans les Territoires*, rédigé par Laura Corbett pour le compte du Sous-comité, octobre 2007.

problèmes de santé. L'éloignement des localités pose des difficultés d'accès à des aliments nutritifs et abordables. Dans le rude climat du Nord, il n'est pas aisé d'offrir des logements adéquats. L'évaluation de la perception qu'ont les habitants du Nord de leur état de santé fait ressortir l'influence de facteurs sociaux, sociétaux et culturels sur divers déterminants de la santé, notamment l'appartenance au milieu, le soutien familial et l'accès à des soins adaptés aux réalités culturelles.

i. Territoires du Nord-Ouest

Les Territoires du Nord-Ouest ont montré la voie en prenant des mesures cohérentes et concertées pour améliorer la santé de la population. Sous la direction du Comité spécial sur les services sociaux et de santé en 1994[(185)], les programmes de santé et les services sociaux ont été regroupés au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui a mis l'accent sur le travail de promotion et de prévention et reconnu l'apport du logement, de l'hygiène de l'environnement, du soutien du revenu et de l'éducation à la santé de la population.

Le gouvernement territorial a accordé beaucoup d'attention à l'harmonisation des services sociaux et de l'ensemble des soins de santé. En 1997, le document préliminaire intitulé *Northwest Territories Health and Social Services Draft Strategic Plan*[(186)] préconisait cette harmonisation pour des raisons fonctionnelles et par souci du service à la clientèle. D'un point de vue fonctionnel, l'intégration de la gestion des finances, des ressources humaines et de l'information à l'échelle des unités opérationnelles avait l'avantage d'optimiser le système. Du point de vue du service à la clientèle, il s'agissait non seulement de coordonner les soins, mais aussi d'en assurer la continuité, ce qui exigeait une bonne communication entre les fournisseurs de soins, un transfert facile de l'information et suffisamment de ressources et d'efforts pour servir les personnes dans le besoin. D'un point de vue comme de l'autre, l'harmonisation améliore

(185) Government of Northwest Territories, *Renewed Partnerships: In Response to Talking and Working Together. The Final Report of the Special Committee on Health and Social Services*, Yellowknife, Legislative Assembly, Government of the Northwest Territories, 1994.

(186) Med-Emerg International, *Northwest Territories Health and Social Services Draft Strategic Plan*, Yellowknife, Northwest Territories Department of Health and Social Services, 1997, http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp.

la prestation des services, et les économies d'échelle et le financement par capitation limitent les coûts[187].

Le plan stratégique affirmait l'engagement du ministère à l'égard de la santé de la population en ce qui concerne les résultats en matière de santé et l'état de santé. Il proposait un mécanisme en bonne et due forme pour rendre compte des résultats qui sont dictés par les habitudes de vie et les facteurs environnementaux, mettant ainsi en valeur le premier objectif stratégique de l'intégration des services sociaux et de santé : veiller à ce que les habitants des Territoires du Nord-Ouest cultivent des habitudes de vie saines dans un environnement sain[188].

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest a, en 1998, donné suite au document préliminaire en publiant le rapport *Shaping Our Future: A Strategic Plan for Health and Wellness*[189], qui résumait comme suit les quatre objectifs de santé et de mieux-être du ministère de la Santé et des Services sociaux : 1) améliorer l'état de santé; 2) améliorer les conditions sociales et environnementales; 3) améliorer l'intégration et la coordination des services sociaux et de santé, y compris ceux assurés par les fournisseurs privés, les organismes gouvernementaux, les organismes non gouvernementaux et le secteur bénévole; 4) mettre au point des moyens plus adaptés, responsables et efficaces pour offrir et gérer les services.

Compte tenu de la gamme de déterminants qui agissent sur l'état de santé et les conditions sociales et environnementales propres au Nord, le ministère a précisé que la contribution de nombreux organismes et le soutien de la population étaient essentiels pour que l'on puisse aborder les déterminants de la santé comme l'éducation, la culture, le logement, l'emploi, la situation économique et le milieu physique. Il se voyait jouer un rôle catalyseur en veillant à ce que les ministères, organismes et gouvernements

---

(187) La capitation est un mode de financement par lequel un montant fixe est transféré à l'unité intégrée en fonction de la taille, des caractéristiques et des besoins de la population protégée par le régime. L'unité intégrée conserve les surplus ou les déficits. La conservation des surplus l'encourage à promouvoir la santé et à prévenir les maladies pour réduire les coûts de traitement.

(188) Med-Emerg International (1997), *op. cit,* p. 17.

(189) Northwest Territories Health and Social Services, *Shaping Our Future: A Strategic Plan for Health and Wellness*, Yellowknife, Department of Health and Social Services, 1998, http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp.

disposent de l'information nécessaire pour adopter une vision d'ensemble dans l'établissement des politiques et des priorités et dans la prise de décisions qui améliorent la santé et le bien-être de la population.

Comme ailleurs au Canada, la mise en œuvre du plan stratégique a posé des difficultés. Un rapport publié en 2001 a révélé que le système des services sociaux et de santé était déficient et mis à rude épreuve : le personnel de première ligne était démoralisé par le manque de ressources; les gestionnaires essayaient tant bien que mal de répondre à des attentes qui paraissaient souvent irréalistes concernant la prestation des services, la production des rapports et la mesure des résultats; le manque de coopération entre les différents acteurs entravait la prestation de services véritablement intégrés et complets(190). Dans ce rapport, on faisait observer que bien d'autres études avaient déjà tiré les mêmes conclusions et recommandé maintes fois de remédier à l'absence continue de suivi ou de progrès.

Soulignant la nécessité d'un changement, le *Plan d'action 2002-2005 – Système de services de santé et de services sociaux des T. N.-O.* a promis plusieurs changements, notamment un meilleur appui du personnel, l'amélioration de la gestion à l'échelle du système et de la reddition de comptes, l'établissement de forums pour la planification conjointe d'initiatives interministérielles et une adéquation plus minutieuse des stratégies opérationnelles avec le plan stratégique du ministère(191).

En 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest a présenté le Modèle de prestation de services intégrés, qui décrivait l'intégration des services, la collaboration professionnelle, l'intégration organisationnelle et un ensemble défini de services essentiels qui seraient présents dans le système de services de santé et de services sociaux(192). Les services essentiels étaient entre autres

---

(190) George B. Cuff & Associates, *It's Time to Act: A Report on the Health and Social Services System of the Northwest Territories*, juin 2001, http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp.

(191) Territoires du Nord-Ouest, Santé et Services sociaux, *Plan d'action en matière de santé et de services sociaux des T. N.-O. 2002-2005*, Yellowknife, 2002, http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/French/pubresult.asp?ID=25.

(192) Territoires du Nord-Ouest, Santé et Services sociaux, *Modèle de prestation de services intégrés pour le système de services de santé et de services sociaux des TNO*, Yellowknife, 2004,

constitués de la protection, la promotion et la prévention de la santé et mettaient en évidence les habitudes de vie saines et les comportements à risque. Le document proposait clairement un système intégré et bien financé de prévention et de promotion, qui ne serait pas relégué au second plan par les services de traitement et qui reposait sur une approche de la santé de la population correspondant au modèle des soins primaires communautaires. Dans le Plan d'action 2006-2010, les services de promotion et de protection de la santé prévoient des réalisations au chapitre des comportements malsains, de l'itinérance et des programmes scolaires axés sur la santé(193).

ii. Yukon

Le rapport sur l'état de santé publié en 2003 montrait que le Yukon avait bien compris l'importance des déterminants de la santé et décrivait leur influence sur la santé. Il présentait également des indicateurs de l'éducation, de l'emploi et du revenu(194).

L'approche axée sur la promotion de la santé a été mise en valeur dans le document *Report to the Yukon Public on the Primary Health Care Planning Forum*. Ce compte rendu d'un forum sur la planification des soins de santé primaires recommandait que l'on s'attaque à certains gros problèmes de santé, notamment la consommation abusive d'alcool et de drogues et les maladies chroniques, tout en accordant de l'importance à la réduction des disparités en matière de santé(195). Il recommandait aussi un soutien accru à l'Initiative de collaboration interministérielle entre les ministères de la Justice, de l'Éducation ainsi que de la Santé et des Affaires sociales en vue d'améliorer les relations de travail et de réduire les obstacles à l'échange d'informations.

---

http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/French/pubresult.asp?ID=49.asp?ID=49 (résumé en français) ou http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp (document intégral en anglais).

(193) Northwest Territories Health and Social Services, *NWT Health and Social Services System Action Plan 2006-2010*, Yellowknife, 2006, http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp.

(194) Government of Yukon Health and Social Services, *Yukon Health Status Report 2003*, novembre 2003.

(195) Government of Yukon Health and Social Services, *Report to the Yukon Public on the Primary Health Care Planning Forum*, novembre 2003, http://www.hss.gov.yk.ca/downloads/phctf_report.pdf.

Il était devenu pressant d'investir dans les déterminants non médicaux de la santé au terme d'une période de fragilisation des programmes de logement, des programmes de santé publique et de promotion de la santé, des services à la famille et des services de santé mentale[196]. Le Yukon a utilisé sa part des fonds fédéraux de la Stratégie pour le Nord afin de mettre en œuvre les mesures énoncées dans le chapitre du Yukon qui touchent les déterminants de la santé, par exemple :

- Investir au niveau des collectivités dans des ressources éducationnelles qui sont adaptées aux besoins locaux.
- Produire une stratégie pour améliorer les mesures fédérales visant à offrir des logements et des infrastructures connexes qui sont salubres, adéquats, abordables et adaptés aux réalités culturelles.
- Travailler conjointement pour fournir aux collectivités du Yukon les ressources leur permettant de s'adapter aux changements climatiques[197].

iii. Nunavut

Créé en 1999 à la suite de la partition des Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut couvre le cinquième de la superficie terrestre du Canada. En 2007, il comptait 31 113 habitants[198] répartis dans 25 localités, dont la plupart ne sont accessibles que par avion. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut a une division de la santé de la population de 12 employés, qui oriente les activités de promotion de la santé menées dans les centres de santé communautaires de chacune des localités. Ces activités visent entre autres l'accessibilité des aliments nutritifs, les programmes de santé prénatale et de développement de l'enfant et les stratégies concernant les maladies transmissibles, telles que la tuberculose et les maladies transmises sexuellement[199].

---

(196) Canadian Health Coalition, *Northern Health Care: On Thin Ice?* Ottawa, Canadian Health Coalition, 2003, http://www.healthcoalition.ca/north-report.pdf.

(197) Government of Yukon, Northern Strategy Trust, *Northern Strategy: Yukon Chapter*, ébauche, 26 avril 26 2005, http://www.eco.gov.yk.ca/igr/pdf/yukon_chapter_northern_strategy.pdf.

(198) Statistique Canada, « La population canadienne selon l'âge et le sexe », *Le Quotidien*, 29 novembre 2007, http://www.statcan.ca/Daily/Francais/071129/q071129c.htm.

(199) Carol Gregson et coll., « Health Promotion in Nunavut: Inspired by Design », Michel O'Neill et coll., *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, 2e édition, Toronto, Canadian Scholars Press, 2007.

En 2005, un atelier du gouvernement du Nunavut sur les déterminants sociaux de la santé a fait ressortir les déterminants suivants pour le territoire : acculturation, auto-détermination, éducation, qualité de vie en bas âge, productivité, revenu, répartition du revenu, sécurité alimentaire, services de santé, régime de sécurité sociale, logement et environnement[200].

12.3 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Les enquêtes nationales de Statistique Canada comportent généralement une collecte de données distincte dans les territoires à cause des difficultés particulières à la tenue d'enquêtes dans le Nord canadien. Des écarts se produisent entre les chiffres de Statistique Canada et ceux du gouvernement du Yukon[201]. En raison de ces difficultés, il arrive souvent que les populations du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut soient entièrement exclues de l'échantillonnage. En outre, les problèmes d'échantillonnage et les méthodes statistiques propres aux petits échantillons découragent l'examen des données des territoires, pourtant susceptibles d'être utiles aux décideurs locaux ou de jeter un éclairage récent sur des problèmes de santé. Vu les difficultés causées par les échantillons de taille modeste, le nombre restreint de résultats mesurés et la quantité insuffisante de cas étudiés, il arrive fréquemment que les analyses soient impossibles à réaliser à l'échelle des collectivités et qu'elles soient ardues même à l'échelle régionale[202]. Il n'est pas rare que les populations des trois territoires soient réunies en un seul échantillon représentant l'ensemble des « territoires » ou, pire, exclues du rapport définitif[203]. Comme les populations du Nord sont mal représentées dans les études, elles en viennent à se méfier des méthodes de recherche elles-mêmes, ce qui rend

---

(200) Nunavut Department of Health and Social Services, *Social Determinants of Health in Nunavut - Workshop Report*, Iqaluit, Government of Nunavut, 2005.

(201) CBC News, *Census Numbers Flawed, Yukon Says*, 15 mars 2007, http://www.cbc.ca/canada/north/story/2007/03/15/yk-census.html.

(202) Northwest Territories Health and Social Services, *NWT Health and Social Services Performance Measurement and Reporting*, Yellowknife, 2003, http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/reports.asp.

(203) Groupe de travail sur l'Agenda social, *Projet d'Agenda social pour les gens des T. N.-O.*, Yellowknife, 2002, http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/French/pubresult.asp?ID=26.

particulièrement difficile l'élaboration de politiques et de programmes à partir de données probantes.

Un autre point qui vient compliquer le travail de recherche dans le Nord est le caractère rural et éloigné des localités. Les études portant sur l'état de santé des Canadiens vivant en milieu rural visent en général une région ou une province donnée, mettent l'accent sur un seul aspect de la santé ou s'appuient sur une seule source de données[(204)]. L'information recueillie sur le Nord est donc limitée non seulement par le fait que le programme de recherche est généralement fondé sur des données venant du Sud, mais aussi par une façon d'aborder la recherche qui fait fi des connaissances ancestrales et de la participation de la collectivité. Bien que le modèle établi commence à s'appuyer sur la recherche communautaire et à tenir compte des intérêts, des priorités et des habiletés des communautés autochtones, il reste des éléments à concrétiser : niveau général de participation, diffusion d'informations spécialisées et formation de responsables autochtones des déterminants de la santé dans le Nord. De nombreuses études ont certes été réalisées sur la santé de la population autochtone du Canada, mais il y en a eu peu sur l'éventail complet des déterminants de la santé[(205)].

En dépit de ces difficultés, la mesure du rendement et la production de rapports par le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest et le ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon constituent de remarquables exemples à suivre. Le *Rapport sur l'état de santé de la population des TNO* présente non seulement les indicateurs de l'état de santé et de la mortalité, mais aussi les influences socioéconomiques et environnementales sur la santé, l'hygiène de vie personnelle, le mieux-être social et, dans l'édition de 2005, le développement d'enfants en santé[(206)]. Il renferme une introduction qui fait état de la documentation en général

---

(204) Initiative sur la santé de la population canadienne, *Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé,* Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2006, http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/rural06/pdf/rural_canadians_2006_report_f.pdf.

(205) T. Kue Young, « Review of research on aboriginal populations in Canada: relevance to their health needs », *British Medical Journal*, vol. 327, p. 419 à 422, 2003, http://www.bmj.com/cgi/reprint/327/7412/419.

(206) Les Territoires du Nord-Ouest ont publié en 1999 un rapport sur l'état de santé vu sous l'angle de la santé de la population. Premier rapport sur l'état de santé produit après la création du Nunavut, il sert de repère pour l'évaluation des progrès futurs. Le plus récent rapport est le suivant : Territoires

pour faire comprendre le lien entre chaque déterminant et l'état de santé. Il n'essaie toutefois pas d'établir de lien entre ses propres données sur les déterminants et la santé de la population. Les mêmes atouts et limites caractérisent le rapport sur l'état de santé de la population du Yukon[207]. Au Nunavut, les rapports sur l'état de santé se limitent en grande partie à présenter des indicateurs comparables de la santé, ce qui correspond aux engagements pris dans le communiqué publié par les premiers ministres en septembre 2000, qui encourageait tous les ministres de la santé à utiliser des indicateurs comparables pour rendre compte de l'état de santé de la population, des résultats en matière de santé et de la qualité des services[208].

---

du Nord-Ouest, Santé et Services sociaux, *Rapport sur l'état de santé de la population des TNO 2005*, Yellowknife, 2005, http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/French/pubresult.asp?ID=76.

(207) Yukon Health and Social Services, *Yukon Health Status Report 2003*, Whitehorse, 2003, http://www.inchr.org/Doc/November05/healthstatus03.pdf.

(208) Nunavut, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport du Nunavut sur les indicateurs comparables de la santé*, Iqaluit, 2004, http://www.gov.nu.ca/health/PIRC_FRENCH_FINAL_LOW.pdf.

CHAPITRE 13 : ANALYSE COMPARATIVE

Les chapitres précédents ont donné un aperçu des efforts déployés par chacun des gouvernements canadiens pour élaborer des politiques sur la santé de la population, les mettre en œuvre et les évaluer. Le présent chapitre résume les enseignements tirés de l'examen comparatif des mesures fédérales, provinciales et territoriales prises pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en matière de santé.

13.1 LE CONCEPT DE « SANTÉ DE LA POPULATION »

La santé de la population n'est pas un nouveau concept. Elle a été véritablement mise en valeur pour la première fois au Canada dans le rapport Lalonde de 1974, qui a marqué un tournant et a été reconnu dans le monde entier. Par la suite, le concept a évolué pour privilégier la réduction des disparités en matière de santé en même temps que l'amélioration de l'état de santé général. Dans les trois décennies qui ont suivi le rapport Lalonde, le gouvernement fédéral et tous les gouvernements provinciaux et territoriaux ont accordé énormément d'attention à la santé de la population, et le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a contribué pour beaucoup à faire progresser le concept au Canada.

Et pourtant, les déterminants de la santé, la santé de la population et les disparités en matière de santé sont encore des concepts mal connus et mal compris. On les associe généralement à la responsabilité, très délicate politiquement, des services de traitement, qui relèvent des ministères de la santé. Un seul Canadien sur trois comprend que les grands déterminants non médicaux de la santé – revenu, éducation et logement, par exemple – sont liés à la santé[(209)]. Les politiciens et les médias du Canada n'ont pas réussi à faire comprendre au public l'importance des déterminants non médicaux de la santé et de l'optimisation de la santé de la population. Les profonds changements

(209) Elyzabeth Gyorfi-Dyke, *Social Determinants of Health in Canada*, Initiative sur la santé de la population canadienne, Institut canadien d'information sur la santé, 8 novembre 2005, http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/SDOH_Sept_2005.pdf.

structurels nécessaires pour favoriser un investissement dans la santé de la population ne se produiront pas sans volonté politique ni sensibilisation du public. Comme les politiciens doivent rendre des comptes aux électeurs, il est difficile de réaliser des changements qui ne reçoivent pas l'appui du public. Les changements d'orientation qui mettent beaucoup de temps avant d'aboutir devront être parfaitement compris par le public pour pouvoir s'étendre sur des mandats politiques successifs. Dans certaines provinces, comme nous l'avons vu plus haut, la réforme a été interrompue par un changement de gouvernement.

Au sein de l'administration gouvernementale, le discours sur la santé de la population et sur les disparités en matière de santé demeure surtout le propre des ministères de la santé et des chercheurs du domaine. Environ 58 p. 100 des hauts fonctionnaires sondés dans l'ensemble des ministères fédéraux et provinciaux ont dit connaître bien ou très bien les déterminants de la santé de la population, mais 83 p. 100 d'entre eux signalaient avoir besoin d'être mieux renseignés sur les conséquences sur la santé des options politiques envisagées par leur ministère. Une partie des répondants ne croyaient pas devoir prendre en considération l'impact de toutes les grandes initiatives gouvernementales sur la santé : 45 p. 100 dans les ministères de finances, contre 20 p. 100 dans les ministères du travail et 6 p. 100 dans les ministères de la santé et des services sociaux[(210)]. Ces résultats indiquent que le secteur de la santé, même s'il fait énergiquement la promotion de l'approche axée sur la population, ne convainc pas les autres secteurs de s'engager dans des initiatives interministérielles de longue haleine visant la santé de la population ou les disparités en matière de santé.

13.2 OBJECTIFS ET CIBLES EN MATIÈRE DE SANTÉ

Chaque province a fixé des objectifs de santé entre 1989 et 1998, et les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé en ont fait autant pour le Canada en 2005. Inspirés par le mouvement « Santé pour tous » lancé en 1984 sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé, les objectifs de santé ont eu la faveur des décideurs,

(210) John N. Lavis et coll., « Do Canadian Civil Servants Care about the Health of Populations? », *American Journal of Public Health*, avril 2003, p. 658 à 663, http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/93/4/658.

en partie au moins parce qu'ils offraient une approche rationnelle de l'élaboration de politiques censée produire des résultats efficaces et efficients ainsi que des buts, indicateurs, cibles, stratégies et actions mesurables[211].

À la fin des années 1990, la plupart des provinces n'utilisaient plus expressément les objectifs de santé pour orienter l'élaboration, la mise en œuvre ou l'évaluation des politiques sur la santé de la population. Ces objectifs avaient été remplacés par des plans d'activité dans la majorité des ministères de la santé et des régies régionales. Toutefois, les décideurs des régies régionales ont continué d'accorder la priorité aux objectifs du système de santé par rapport aux autres[212].

Bien que définis dans l'ensemble du pays et entérinés par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé, les objectifs de santé de haut niveau ne se sont pas encore traduits par une stratégie nationale ou des changements mesurables dans la santé de la population. Il n'y a pas encore eu non plus de cibles nationales qui ont été fixées pour la réduction des disparités en matière de santé.

Il est évident que l'établissement d'objectifs de santé peut aider à canaliser les ressources vers la santé de la population, encourager la surveillance des progrès dans les indicateurs de la santé et stimuler l'amélioration des systèmes d'information sur la santé. Il reste que, pour les dirigeants politiques, les objectifs et les cibles sont une arme à double tranchant. Ils rehaussent l'obligation de rendre compte d'améliorations quantifiables, nécessitent la réaffectation de ressources précieuses et, si les objectifs ne sont pas atteints, finissent par compromettre les chances de se faire réélire[213].

---

(211) Treena Chomik et James Frankish, « Factors that facilitated and challenged the development of health goals and targets », *Canadian Journal of Public Health*, 1999, p. S39 à S42; Martin McKee et Naomi Fulop, « On target for health », *British Medical Journal*, 2000, p. 327 et 328.

(212) Deanna L. Williamson et coll., « Implementation of Provincial/Territorial Health Goals in Canada », *Health Policy*, vol. 64, 2003, p. 173 à 191.

(213) Treena Chomik et James Frankish (1999), *op. cit.*

13.3 ÉVALUATION DES INCIDENCES SUR LA SANTÉ

Les déterminants de la santé les plus puissants ne relèvent pas du secteur de la santé. Ce sont les politiques des autres secteurs qui sont le plus susceptibles d'améliorer (ou d'empirer) la santé et le bien-être de la population et de réduire les disparités. Il importe donc d'évaluer les incidences possibles de ces politiques avant leur mise en œuvre. L'évaluation des incidences sur la santé est un moyen structuré de prévoir les effets possibles d'une politique sur la santé de la population et, si on le souhaite, sur les disparités en matière de santé.

En 1997, un mémoire présenté au Cabinet fédéral a recommandé que les politiques et les programmes fédéraux fassent l'objet d'évaluations des incidences sur la santé. Différentes provinces ont aussi recommandé l'utilisation de cet outil, mais jusqu'à présent, seul le Québec a voté une loi rendant obligatoire l'analyse de l'impact des projets de loi et de règlement sur la santé. Cette loi habilite le ministre québécois de la Santé à donner de sa propre initiative des avis aux autres ministres pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser la santé de la population. De façon générale, l'application d'un mécanisme d'évaluation des incidences est l'une des premières étapes vers l'élaboration d'une politique sur la santé de la population; elle conduit aussi à une meilleure compréhension de l'influence des politiques publiques sur la santé de la population.

13.4 SURVEILLANCE, ÉVALUATION ET RECHERCHE

La capacité de recherche et de collecte de données sur la santé de la population a beaucoup progressé au Canada. Des résultats d'enquêtes sur la santé de la population, les déterminants et les disparités sont accessibles, et de nombreux programmes de recherche sur la santé mettent l'accent sur les déterminants non médicaux.

Au niveau national, il existe une importante infrastructure du savoir sur la santé, notamment l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé, les centres de collaboration nationale et les ministères et organismes fédéraux comme Statistique Canada, Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. Au niveau provincial, le Centre for Health Policy and Evaluation du Manitoba dispose d'un répertoire de données intégré, complet et unique qui non seulement génère de l'information valable sur les types de soins et de maladies, mais fait aussi le lien avec divers déterminants de la santé, y compris le revenu, l'éducation, l'emploi et la condition sociale. À Terre-Neuve-et-Labrador, les comptes communautaires donnent accès à des informations et indicateurs clés sur la situation socioéconomique et la santé par région. L'enquête de la Colombie-Britannique sur la santé et le mieux-être est un autre outil prometteur permettant d'améliorer les informations accessibles aux décideurs qui adoptent une approche axée sur la santé de la population. Ensemble, ces nouveaux outils et organismes de recherche offrent au Canada une occasion sans précédent d'orienter l'élaboration des politiques et la prise de décisions, de mesurer les résultats et d'apporter des changements concrets dans le domaine de la santé de la population. Il importe que toutes les enquêtes et initiatives nationales soient coordonnées avec les travaux des infrastructures du savoir provinciales, territoriales et locales et des centres universitaires.

Il reste toutefois des questions à régler. Par exemple, un consensus s'impose sur les indicateurs qui permettent le meilleur suivi des tendances dans les disparités en matière de santé. Il faut également améliorer la collecte des données : il n'y a pas toujours de données accessibles sur la santé de la population au niveau territorial ou régional, ou encore au niveau des quartiers. Et malgré les nombreuses études en train d'être réalisées sur la santé de la population et les disparités, il demeure nécessaire de tirer plus de conclusions factuelles sur les politiques et les programmes qui sont efficaces ou non au niveau de la population. Il nous reste à accroître notre compréhension des politiques et des programmes à mettre en place pour améliorer la santé de la population et réduire les disparités en matière de santé[(214)].

(214) Glenda Yeates, ISPC de l'ICIS, mémoire présenté au Sous-comité, 13 février 2008.

13.5 RÔLE DU SECTEUR DE LA SANTÉ

On se préoccupe de l'« impérialisme de la santé » en haut lieu. Aux yeux de certains, les ministères de la santé peuvent avoir tendance à dicter leur façon d'agir aux autres secteurs, surtout si le secteur de la santé n'a pas lui-même adopté de mesures substantielles. Il ne suffit pas de prendre acte du rôle essentiel des autres secteurs dans l'établissement de mesures qui leur sont propres pour aborder les déterminants de la santé et réduire les disparités; ces autres secteurs doivent faire valoir leur « mérite » auprès du public et des dirigeants politiques. Le principal défi pour les ministères de la santé est d'encourager et, par des arguments convaincants, d'amener les autres ministères dont les programmes influent sur les déterminants non médicaux de la santé à participer à l'élaboration de la politique sur la santé de la population. Un engagement en bonne et due forme de la part du gouvernement faciliterait grandement l'action intersectorielle.

13.6 RÉGIONALISATION

Bien que toutes les provinces aient connu une période de régionalisation des services de santé, les régies régionales de la santé utilisent les déterminants de la santé de façon très inégale. Certaines régies se servent de cadres de la santé de la population pour planifier et fournir les services, mais il s'agit de l'exception plutôt que de la règle. Une enquête effectuée auprès des régies régionales au Canada montre que, même parmi celles qui ont adopté cette approche, les déterminants utilisés varient. Le développement de l'enfant et l'hygiène de vie personnelle reçoivent le plus d'attention, dans les activités internes comme intersectorielles, tandis que la culture, le sexe et l'emploi/les conditions de travail sont les déterminants qui en reçoivent le moins. En outre, les efforts pour assurer une coordination intersectorielle avec des organismes qui s'intéressent à d'autres déterminants, comme l'éducation, le logement ou le

développement de la petite enfance, ne sont pas encouragés lorsque les rapports verticaux restent limités au secteur[(215)].

Les régies régionales qui s'efforcent d'utiliser des cadres de santé de la population pour le travail de planification et de prise de décisions ont besoin de formation, d'outils et de soutien venant des échelons supérieurs. C'est le constat qui a été fait à l'Île-du-Prince-Édouard, où la régionalisation a affaibli la coopération interrégionale. La Colombie-Britannique fait appel à son réseau de la santé de la population pour fournir un soutien nécessaire au personnel des régies régionales chargé de la santé de la population.

13.7 FINANCEMENT

Le Cabinet fédéral a officiellement adopté une politique pangouvernementale sur la santé de la population en 1997, mais d'importantes compressions budgétaires ont entravé sa mise en œuvre. Seul un des 18 ministères associés à la politique – Santé Canada – a fait le nécessaire pour aborder ses programmes et initiatives sous l'angle de la santé de la population. De même, l'application de la politique sur la santé de la population à l'Île-du-Prince-Édouard a été sérieusement limitée par la réduction des paiements de transfert fédéraux, ce qui a eu pour effet de réduire les dépenses provinciales destinées à la santé de la population. Les initiatives provinciales qui ont coïncidé avec la réduction des paiements de transfert fédéraux au milieu des années 1990 sont arrivées à un bien mauvais moment. Cette situation, conjuguée à une croissance continuelle des coûts de la santé qui est supérieure au taux d'inflation, a sérieusement compromis et parfois voué à l'échec les réformes en matière de santé de la population pilotées par le secteur de la santé.

Un autre problème de financement concerne la réaffectation des fonds. En Ontario, un réseau local d'intégration des services de santé qui tente actuellement

(215) Frankish, C. J., Moulton, G. E., Quantz, D., Carson, A. J., Casebeer, A. L., Eyles, J. D., Labonte, R. et Evoy, B. E., « Addressing the Non-Medical Determinants of Health: A Survey of Canada's Health Regions », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 98, n^{o} 1, 2007, p. 41 à 47.

d'appliquer une approche axée sur la santé de la population trouve que la réaffectation des fonds est un obstacle de taille aux investissements dans les déterminants non médicaux de la santé. Les mécanismes de financement n'ont pas encore été remaniés de façon à mettre l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, sans parler des déterminants non médicaux, plutôt que sur la hausse continuelle des coûts du système de santé[(216)].

13.8 ACTION INTERSECTORIELLE

Comme les provinces et les territoires canadiens sont directement responsables d'un bon nombre des principaux déterminants (éducation, sécurité du revenu, emploi, services de santé, développement de la petite enfance, logement, etc.), c'est à ce niveau que se trouvent les occasions les plus prometteuses d'approche interministérielle. Dans des provinces et des territoires tels que le Québec, l'Île-du-Prince-Édouard (au cours de sa réforme) et les Territoires du Nord-Ouest, où les services sociaux et de santé sont regroupés dans un même ministère, il est possible de simplifier la coordination des politiques pour l'éventail complet des déterminants de la santé.

Les provinces ont utilisé des mécanismes très divers pour établir les priorités pangouvernementales, par exemple des comités du Cabinet, des groupes de travail interministériels (au niveau des sous-ministres adjoints), des conseils du premier ministre ou une intervention de haut niveau dans certains cas. Les approches pangouvernementales actuelles s'articulent généralement autour d'un seul déterminant, ce qui est limitatif : par exemple les pratiques d'hygiène personnelle pour ActNow BC, le développement de la petite enfance pour Enfants en santé Manitoba ou la pauvreté dans le cadre du plan d'action anti-pauvreté du Québec.

Certaines structures intersectorielles régionales établies à l'extérieur des ministères de la santé semblent efficaces pour promouvoir la collaboration et le

(216) D[r] Andrew Pipe, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, *Témoignages*, 6 février 2008.

partenariat, comme en font foi les comités directeurs régionaux à Terre-Neuve-et-Labrador et les comités intersectoriels régionaux en Saskatchewan.

L'exemple du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population est digne d'être mentionné, car cet organisme a réussi à dégager un consensus fédéral-provincial-territorial en faveur d'orientations politiques sur la santé de la population, suivi d'une collaboration pour le travail d'élaboration et de soutien. Il a joué un rôle prépondérant dans l'adoption d'une approche intégrée et à long terme de la santé de la population et dans la coordination des secteurs concernés. Les deux ordres de gouvernement se sont engagés en principe à s'attaquer aux disparités en matière de santé, mais ils ne se sont pas encore entendus sur une liste de mesures à prendre ni sur la désignation d'un organisme qui dirigerait les efforts pour réduire les disparités au Canada. Il faut chercher à mieux comprendre ce qui a empêché le beau travail fédéral-provincial-territorial de se traduire par des actions concrètes.

Le gouvernement fédéral n'a pas réussi non plus à mettre en œuvre une approche pangouvernementale complète axée sur la santé de la population et ce, malgré le modèle établi par Santé Canada pour faciliter l'application d'une politique sur la santé de la population tant dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs. En revanche, l'expérience acquise a porté ses fruits et a été riche d'enseignements. À titre d'exemple, l'Initiative de lutte contre la violence familiale a amené sept ministères fédéraux à travailler avec des gouvernements provinciaux et territoriaux, des groupes communautaires, des associations professionnelles et des organismes du secteur privé pour établir une stratégie intersectorielle de prévention de la violence familiale.

L'action énergique de nos gouvernements, décrite plus haut, montre qu'il n'y a pas qu'un seul type d'interventions ou un seul mécanisme intersectoriel qui soit acceptable pour améliorer la santé de la population ou réduire les disparités en matière de santé. Le Canada a acquis une vaste expérience sur laquelle s'appuyer, mais il reste que l'adoption d'énoncés de politique, de stratégies, d'objectifs et de buts ne s'est pas traduite par une action correspondante sur le terrain, là où se joue la santé des gens.

Malheureusement, la grande majorité des beaux énoncés de politique fédéraux, provinciaux et territoriaux qui ont été produits depuis la parution du rapport Lalonde il y a 30 ans pour mettre l'accent sur la santé de la population, les disparités en matière de santé et les déterminants non médicaux de la santé demeurent avant tout des paroles bien intentionnées, mais creuses. Les Canadiens méritent mieux!

13.9 POURQUOI Y A-T-IL ENCORE DE SÉRIEUSES DISPARITÉS EN SANTÉ AU CANADA?

Malgré toutes les ressources existantes et les nombreuses mesures gouvernementales décrites dans le présent rapport, le Canada ne se classe pas beaucoup mieux que les autres pays. À titre d'exemple, les données de l'Organisation mondiale de la Santé placent le Canada au 9^{e} rang sur 30 pays pour l'espérance de vie en santé à la naissance chez les femmes. Les statistiques de l'UNICEF signalent que le Canada se classe seulement 12^{e} sur 21 pays industrialisés au chapitre du bien-être des enfants. De plus, la dernière édition de l'indice d'utilisation des services de santé d'Euro-Canada classe le Canada 23^{e} sur 30 globalement et 30^{e} sur 30 au chapitre de l'optimisation des ressources. Autrement dit, cet indice montre que nous dépensons plus en soins de santé que les autres pays concernés pour obtenir des résultats moindres.

Ces chiffres peu rassurants indiquent que nous avons fait des choix malencontreux dans la prestation des services de santé. À première vue, le problème semble être un manque d'investissement dans la santé de la population et des investissements exagérés dans un système de santé très inefficace. L'autre grand problème tiendrait au manque de ressources communautaires utiles permettant d'intégrer les ressources en santé et de les évaluer par rapport à une dizaine de grands déterminants de la santé.

Il est à espérer que notre étude aidera les gouvernements, le secteur privé et les ONG à se concerter pour régler cette situation préoccupante, car une mauvaise santé de la population et les disparités en santé sont un obstacle à la prospérité.

ANNEXE 1 – LISTE DES TÉMOINS

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
39e législation 1e 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, scientiste 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	21-03-2007	2

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
	maladie chroniques		
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 Authochtones, 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 Vieillissement 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 Canda	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 autoctone 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 autoctone 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	Alfred J. Guay, analyste des	01-06-2007	5

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
centres d'amitié	politiques		
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, Region 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
39e législation 2e 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
Agence de santé publique du Canada	Jim Ball, directeur général, initiatives stratégiques	27-02-2008	3
Finances Canada	Yves Giroux, directeur intérimaire, Politique sociale	27-02-2008	3
Conseil du Trésor du Canada	Sally Thornton, affaires indiennes et Santé	27-02-2008	3

Public Health Agency of Canada:

Dr. David Butler-Jones, Chief Public Health Officer.

Institute for Research on Public Policy:

Mel Cappe, President.

As individuals:

Laura Corbett, Consultant;

David Dodge, Former Governor of the Bank of Canada;

Beverly Nickoloff, Consultant;

John Wright, Former Deputy Minister of Finance and Health, Saskatchewan.

Access Consulting:

Steven Lewis, Consultant.

Canadian Public Health Association:

Debra Lynkowski, Chief Executive Officer.

Conference Board of Canada:

Diana MacKay, Associate Director, Education and Learning.

Canadian Policy Research Networks:

Sharon Manson Singer, President.

Dalhousie University:

Lars Osberg, Department of Economics.

University of Montreal:

Louise Potvin, Professor, Department of Social and Preventative Medicine.

Institute of Aboriginal People's Health for the Canadian Institutes of Health Research:

Dr. Jeff Reading, Scientific Director.

Canadian Medical Association:

William Tholl, Secretary General.

Canadian Centre for Policy Alternatives:

Armine Yalnizyan, Senior Economist.

Canadian Institute for Health Information (CIHI):

Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer.

Agence de la santé publique du Canada :

Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique du Canada.

Institut de recherche en politiques publiques :

Mel Cappe, président.

À titre personnel :

Laura Corbett, consultante;

David Dodge, ancien gouverneur de la Banque du Canada;

Beverly Nickoloff, consultante;

John Wright, ancien sous-ministre, ministère des Finances et ministère de la Santé, Saskatchewan.

Access Consulting :

Steven Lewis, consultant.

Association canadienne de santé publique :

Debra Lynkowski, directrice générale.

Conference Board du Canada :

Diana MacKay, directrice associée, Éducation et apprentissage.

Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques :

Sharon Manson Singer, présidente.

Université Dalhousie :

Lars Osberg, Département d'économie.

Université de Montréal :

Louise Potvin, professeure, Département de médecine sociale et préventive.

Institut de la santé des Autochtones pour les Instituts de recherche en santé du Canada :

Dr Jeff Reading, directeur scientifique.

Association médicale canadienne :

William Tholl, secrétaire général.

Centre canadien de politiques alternatives :

Armine Yalnizyan, économiste principale.

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

Glenda Yeates, présidente-directrice générale.

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid
Lettermail
Poste-payé
Poste-lettre
1782711
OTTAWA

If undelivered, return COVER ONLY to:

Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Wednesday, April 2, 2008

McMaster University:

Dr. Salim Yusuf, Professor, Department of Medicine.

Wednesday, April 9, 2008

McMaster University:

Dr. Sonia Anand, Associate Professor, Department of Medicine.

Queen's University:

Karen Hitchcock, Principal and Vice-Chancellor;

Kristan Aronson, Professor of Epidemiology.

Wednesday, April 18, 2008

World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health:

The Honourable Monique Bégin, P.C., Commissioner.

McMaster University:

Gina Browne, Professor of Nursing and Clinical Epidemiology.

(*Continued on previous page*)

TÉMOINS

Le mercredi 2 avril 2008

Université McMaster :

Dr. Salim Yusuf, professeur, Département de médecine.

Le mercredi 9 avril 2008

Université McMaster :

Dre Sonia Anand, professeur associée, Département de médecine.

Université Queen's :

Karen Hitchcock, directrice et vice-chancelière;

Kristan Aronson, professeur d'épidémiologie.

Le mercredi 18 avril 2008

Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé :

L'honorable Monique Bégin, C.P., commissaire.

Université McMaster :

Gina Browne, professeure en sciences infirmières et épidémiologie clinique.

(*Suite à la page précédente*)

Available from:
PWGSC – Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

Disponible auprès des:
TPGSC – Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca