



Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007-2008

SENATE OF CANADA

*Standing Senate Committee on Social Affairs
Science and Technology*

Proceedings of the Subcommittee on

Population Health

Chair

The Honourable WILBERT J. KEON

Wednesday, April 30, 2008
Wednesday, May 7, 2008
Wednesday May 14, 2008

Issue No. 5

Fifteenth, sixteenth and seventeenth meetings on:

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

INCLUDING:

THE FOURTH REPORT OF THE SUBCOMMITTEE
(Population Health Policy:
Issues & Options)
(Tenth Report of the Standing Senate Committee
on Social Affairs, Science and Technology)

WITNESSES:
(See back cover)

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

SÉNAT DU CANADA

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

Délibérations du Sous-comité sur la

Santé des populations

Président :

L'honorable WILBERT J. KEON

Le mercredi 30 avril 2008
Le mercredi 7 mai 2008
Le mercredi 14 mai 2008

Fascicule n° 5

Quinzième, seizième et dix-septième réunions concernant :

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

Y COMPRIS :

LE QUATRIÈME RAPPORT DU SOUS-COMITÉ
(Politiques sur la santé de la population :
Enjeux et options)
Le dixième rapport du Comité sénatorial permanent
des Affaires sociales, des sciences et de la technologie)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Brown
Callbeck
Cochrane

(Quorum 3)

Changes in membership of the subcommittee:

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

The name of the Honourable Senator Callbeck substituted for that of the Honourable Senator Trenholme Counsell (*May 7, 2008*)

The name of the Honourable Senator Trenholme Counsell substituted for that of the Honourable Senator Callbeck (*May 8, 2008*)

LE SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

Président : L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-présidente : L'honorable Lucie Pépin

et

Les honorables sénateurs :

Brown
Callbeck
Cochrane

(Quorum 3)

Modifications de la composition du sous-comité :

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

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck est substitué à celui de l'honorable sénateur Trenholme Counsell (*le 7 mai 2008*)

Le nom de l'honorable sénateur Trenholme Counsell est substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 8 mai 2008*)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, April 30, 2008
(15)

[*English*]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:18 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, Cook, Fairbairn, P.C. and Keon (5).

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

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

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:*Statistics Canada:*

Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Analysis and Development.

Institute of Population and Public Health:

Dr. John Frank, Scientific Director of CIHR.

Human Resources and Social Development Canada:

Cliff Halliwell, Director General, Strategic Policy Research Directorate.

Indian and Northern Affairs Canada:

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

Mr. Wolfson, Mr. Halliwell, Dr. Frank and Mr. Brooks each made a statement and, together, answered questions.

At 5:57 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

La greffière suppléante du sous-comité

Jessica Richardson

Acting Clerk of the Subcommittee

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 30 avril 2008
(15)

[*Traduction*]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 18, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

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

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

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

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 sur les déterminants sociaux de la santé. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :*Statistique Canada :*

Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement.

Institut de la santé publique et des populations :

Dr John Frank, directeur scientifique, IRSC.

Ressources humaines et Développement social Canada :

Cliff Halliwell, directeur général, Direction de la recherche en politiques stratégiques.

Affaires indiennes et du Nord Canada :

Marc Brooks, directeur général, Direction du développement communautaire, Politiques socioéconomiques et opérations régionales.

M. Wolfson, M. Halliwell, le Dr Frank et M. Brooks font une déclaration et, ensemble, répondent aux questions.

À 17 h 57, le sous-comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, Wednesday, May 7, 2008
(16)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 4:05 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

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

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

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

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 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:

National Collaborating Centre for Determinants of Health:

Hope Beanlands, Scientific Director.

National Collaborating Centre for Healthy Public Policy:

François Benoit, Scientific Director.

National Collaborating Centre for Environmental Health:

Dr. Ray Copes, Scientific Director.

National Collaborating Centre for Aboriginal Health:

Margo Greenwood, Scientific Director.

Ms Beanlands, Mr. Benoit, Dr. Copes and Ms Greenwood each made a statement, and responded to questions.

At 6:10 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, May 14, 2008
(17)

[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.

OTTAWA, le mercredi 7 mai 2008
(16)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 5, 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, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon, Pépin et Trenholme-Counsell (7).

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

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

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 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 sur les déterminants sociaux de la santé. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé :

Hope Beanlands, directrice scientifique.

Centre de collaboration nationale en politiques publiques et santé :

François Benoit, directeur scientifique.

Centre de collaboration nationale en santé environnementale :

Dr Ray Copes, directeur scientifique.

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone :

Margo Greenwood, directrice scientifique.

Mme Beanlands, M. Benoit, M. Copes et Mme Greenwood font une déclaration et répondent aux questions.

À 18 h 10, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 14 mai 2008
(17)

[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*).

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

Other senators 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:

Federation of Canadian Municipalities:

Michel Frojmovic, Director, Acacia Consulting & Research.

Canadian Council on Social Development:

Pat Steenberg, Project Coordinator, Community Social Data Strategy.

Atkinson Foundation:

Lynne Slotek, National Project Director, Canadian Index of Wellbeing.

Provincial Health Services Authority, B.C.:

Dr. John Millar, Executive Director, Population Health Surveillance and Disease Control.

Mr. Frojmovic, Ms Steenberg, Ms Slotek and Dr. Millar each made a statement and, together, answered questions.

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

ATTEST:

La greffière du sous-comité,

Barbara Reynolds

Clerk of the Subcommittee

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

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 sur les déterminants sociaux de la santé. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Fédération canadienne des municipalités :

Michel Frojmovic, directeur, Consultation et recherche Acacia.

Conseil canadien de développement social :

Pat Steenberg, coordonnatrice, Stratégie d'accès communautaire aux statistiques.

Fondation Atkinson :

Lynne Slotek, directrice nationale du projet, Index canadien du bien-être.

Provincial Health Services Authority, B.C. :

M. John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies.

M. Frojmovic, Mme Steenberg, Mme Slotek et le Dr Millar font une déclaration et, ensemble, répondent aux questions.

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

ATTESTÉ :

REPORT OF THE COMMITTEE

Wednesday, April 2, 2008

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

TENTH 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 FOURTH interim report entitled *Population Health Policy: Issues & Options*.

Respectfully submitted,

Le président,

WILBERT J. KEON

Chair

(Text of the report appears following the evidence)

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

DIXIÈME 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 quatrième rapport intérimaire intitulé *Politiques sur la santé de la population : Enjeux et options*.

Respectueusement soumis,

(Le texte du rapport paraît après les témoignages)

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, April 30, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:18 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 now duly constituted and have a quorum. Senator Fairbairn will have to leave us early tonight because she is going to the opening of the new heart institute, the Mazankowski Alberta Heart Institute in Edmonton. I am green with envy because I was also invited but I cannot go. It will be a wonderful event and she will represent us well.

We are delighted with the panel we have this afternoon. We have you here to address the questions on pages 11 to 13 in our *Population Health Policy: Issues and Options* report. If you would like a copy of that report, we can get you one.

From Statistics Canada, we have Mr. Michael Wolfson back again. From the Institute of Population and Public Health, we have Dr. John Frank. From Human Resources and Social Development Canada, we have Mr. Cliff Halliwell, and from Indian and Northern Affairs Canada, Mr. Marc Brooks.

We have a truly outstanding panel and we will exploit them to the full. The initial reason we have requested you to appear is to address the issues and options from page 11 to page 13. Once we discuss those, if you will all collectively forgive me, I will lead you into other, broader discussions, since the committee has this unique opportunity to have your expertise in front of us.

Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Analysis and Development, Statistics Canada: Thank you for this opportunity to help inform the very important work of your committee. There should be a complete copy of my text and overheads in your package.

[*Translation*]

At the invitation of the committee, and given the role of Statistics Canada, I will focus my remarks on the data and research portions of the first report. The committee has rightly noted that high-quality data and information are fundamental to appropriate and effective health policy.

As other witnesses have noted, Canada already has quite good and often excellent health data and information by international standards. However, by the standard of what is feasible, and what

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 30 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 16 h 18, 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 : Le comité est maintenant dûment constitué et nous avons le quorum. Le sénateur Fairbairn devra nous quitter plus tôt ce soir parce qu'elle assistera à l'inauguration du nouvel institut de cardiologie d'Edmonton, le Mazankowski Alberta Heart Institute. Je l'envie beaucoup, parce que j'y étais également invité, mais je ne peux pas y aller. Ce sera un grand événement, et elle nous représentera très bien.

Nous sommes ravis d'accueillir le groupe de témoins de cet après-midi. Nous vous avons convoqués pour discuter des questions posées aux pages 12 à 14 de notre rapport intitulé *Politiques sur la santé de la population : Enjeux et options*. Si vous voulez une copie du rapport, nous pouvons vous en remettre une.

Nous accueillons de nouveau M. Michael Wolfson, de Statistique Canada. Nous entendrons aussi le Dr John Frank, de l'Institut de la santé publique et des populations. Nos autres témoins sont M. Cliff Halliwell, de Ressources humaines et Développement social Canada, ainsi que M. Marc Brooks, d'Affaires indiennes et du Nord Canada.

Nous avons un groupe de témoins vraiment remarquables et nous allons en profiter au maximum. La principale raison pour laquelle nous vous avons convoqués est de donner suite aux enjeux et aux options présentés aux pages 12 à 14. Lorsque nous en aurons discuté, si vous me le pardonnez tous, je vais vous entraîner dans d'autres discussions plus générales, puisque le comité a cette chance unique de profiter de votre expertise.

Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement, Statistique Canada : Je vous remercie de me donner l'occasion de contribuer au travail très important de votre comité. Vous devriez trouver une copie complète de mon texte et des diapositives dans votre dossier.

[*Français*]

Pour répondre à l'invitation du comité, étant donné le rôle de Statistique Canada, mes remarques porteront surtout sur les parties du premier rapport qui traitent des données et des recherches. Le comité a noté, à juste titre, que les données et les informations de qualité élevées sont essentielles à l'élaboration des politiques appropriées et efficaces en matière de santé.

Or, comme l'ont signalé certains témoins, le Canada dispose déjà d'assez bonnes et souvent d'excellentes données et d'informations sur la santé, selon les normes internationales.

we need as a country, my view is that we still have major gaps. So what I would like to do in the next four slides and two diagrams is briefly outline the most important of these gaps.

[English]

The first basic information need is the actual health status of Canada's population. We have made major progress in the last decade, in particular with the Canadian Community Health Survey. At the time we conceived this survey in 1999, we thought it was huge, on the same order as the survey that gives us the monthly unemployment rate. By the second cycle, we have had provinces purchasing additional sample and increasing demands from health regions for even more geographically detailed data.

As you heard last Friday, just under two weeks ago, one key aspect of effective population health strategies is intersectoriality. Much of the intersection of policy domains happens at the local level. While we have excellent national and provincial data, we lack strong data at the local level.

Moreover, we still largely have two data solitudes, what I call the clinical and the vernacular. We rarely collect data on the whole person. Instead we have fragmented data collections that in most cases focus on health status defined in biomedical terms and less often in terms of functioning and handicap. Ideally these would be brought together.

The second major gap is in the area of health outcomes, which Mel Cappe mentioned two weeks ago. I think clinicians will agree that much of what is done in our health care system is not routinely evaluated even at the most basic level of whether or not the intervention actually improved the patient's health. There seems to be considerable confusion about the term "health outcome," but it is really very simple: we assess an individual's health status both before and then some time after the intervention. If health status has improved, then we have a good outcome. The bad news is that when these kinds of data are collected, we sometimes find non-trivial examples where health outcomes defined in this way are nil or even, unfortunately, negative.

Beyond regularly describing the health of Canadians and routinely assessing health outcome, another major gap in information is cohort data, longitudinal data that follow individuals over time to track how their health status is changing, and what factors — both upstream risk factors and health care treatments — seem most strongly associated. I recall a conversation about umbrellas and rain from David Butler-Jones

Toutefois, selon ce qui est possible et ce dont nous avons besoin en tant que pays, il nous reste, à mon avis, d'importantes lacunes à combler. Dans les quatre diapositives et deux diagrammes qui suivent, je présente brièvement les plus importantes de ces lacunes.

[Traduction]

Le premier besoin en information de base porte sur l'état de santé réel de la population canadienne. Nous avons accompli de grands progrès au cours des dix dernières années, particulièrement en ce qui concerne l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Lors de sa conception en 1999, cette enquête était, à notre avis, de très vaste portée, comparable à celle de l'enquête qui nous donne le taux de chômage mensuel. Au deuxième cycle, toutefois, les provinces acquéraient des unités d'échantillonnage additionnelles et la demande des régions sociales sanitaires de données à un niveau géographique encore plus détaillé augmentait.

Comme vous l'avez entendu vendredi dernier, il y a moins de deux semaines, l'intersectorialité est l'un des aspects clés de stratégies efficaces en matière de santé de la population. Les secteurs d'intervention se croisent dans une large mesure au niveau local. Or, si nous disposons d'excellentes données nationales et provinciales, nous n'avons pas de données solides au niveau local.

En outre, en ce qui concerne les données, la situation reste dans une large mesure celle de deux solitudes : des données présentées en langage clinique et des données présentées en langage courant. Nous recueillons rarement des données sur l'ensemble de la personne. Nous procédons plutôt à des collectes de données fragmentées qui, dans la plupart des cas, portent sur l'état de santé défini en termes biomédicaux et moins souvent en termes de fonctionnement et de handicap. Idéalement, ces données seraient regroupées.

La deuxième lacune importante concerne les résultats en matière de santé, dont Mel Cappe a parlé il y a deux semaines. Les cliniciens conviendront, je pense, qu'une grande partie de ce qui se fait dans notre système de soins de santé n'est pas évalué systématiquement, même au niveau de base qui consiste à déterminer si l'intervention a ou n'a pas amélioré l'état de santé du patient. L'expression « résultats en matière de santé » semble prêter à confusion, mais en réalité elle est très simple : nous évaluons l'état de santé d'une personne avant et, parfois, après une intervention. Si l'état de santé s'est amélioré, alors nous avons un bon résultat. Malheureusement, lorsque ces types de données sont recueillis, nous trouvons des exemples non négligeables où les résultats en matière de santé définis de cette façon sont nuls ou même négatifs.

Outre ce qui concerne la description périodique de l'état de santé des Canadiens et l'évaluation systématique des résultats en matière de santé, une autre lacune importante s'observe en matière d'information. Il s'agit des données de cohorte, soit des données longitudinales qui permettent de faire le suivi de l'évolution de l'état de santé des personnes et de déterminer quels facteurs — facteurs de risque en amont ainsi que traitements

last time, and causality and association. We need these kinds of data to disentangle and to help support that kind of determination.

This kind of information is fundamental to understanding the most important determinants of health and which interventions are actually having beneficial effects. I would note that there are cohort studies and cohort studies, some for population health and some more oriented towards genetics.

The committee has also asked about health goals, on page 15. Let me offer two thoughts. First, a set of national health goals, provided they are not simply generalities but actually have some substance, would play a major and highly beneficial role in focusing health information development. A notable example is the decadal “Healthy People” exercise in the U.S., though it has its pluses and minuses.

Second, it would be extremely beneficial if one of these health goals was an overarching summary measure of the population’s health — in essence, the overall bottom line for assessing health system performance in a way that encompasses the full breadth of health determinants, an analogue of the role profit plays for individual firms and GDP plays for the economy. Such a measure exists and has been growing in acceptance internationally. It is called health-adjusted life expectancy, HALE, or something similar.

There is a graph on page 5, which I showed this committee last year, illustrating the idea of HALE. Paraphrasing the Quebec Rochon commission of quite a few years ago, HALE is concerned not only with adding years to life, which is ubiquitously measured using life expectancy, but also with adding life to years. HALE combines length of life with the healthiness of those years of life. Given the interest of this committee in disparities, you will note that the graph on the right shows HALE broken down by income thirds, and the little brackets show that the difference between the top and bottom thirds is on the same order as that attributable to heart disease and lung cancer combined. It is not small.

The next graph, which could be called a butterfly graph, shows further that HALE in some cases gives a profoundly different impression of where the real burdens of ill health lie. For example, the bars at the top left show the effects of eliminating ischemic heart disease only on mortality: it would add 2.4 years to the life expectancy of men and 1.8 years to that of women. The bars on the right show the effects of eliminating a disease on both mortality and health status, in other words on HALE. The results are similar in the case of eliminating ischemic heart disease: HALE would increase by a bit less: 2.2 years for men and 1.5 years for women.

de soins de santé — y sont associés le plus étroitement. Je me rappelle de ce que David Butler-Jones disait la dernière fois au sujet des parapluies et de la pluie, de la causalité et de l’association. Nous avons besoin des données de cette nature pour faire la part des choses et déterminer plus facilement ces facteurs.

Ce type d’information est essentiel pour comprendre les principaux déterminants de la santé et déterminer quelles interventions ont des effets bénéfiques. Je ferais remarquer que les études de cohorte ne sont pas toutes les mêmes : certaines portent sur la santé de la population, et d’autres sont davantage axées sur la génétique.

Le comité a également soulevé la question des buts en matière de santé, à la page 16. J’aimerais faire deux observations à ce sujet. Premièrement, un ensemble d’objectifs nationaux, à la condition qu’ils soient concrets et non de simples généralités, joueraient un rôle très important et utile pour ce qui est d’orienter l’élaboration d’information sur la santé. L’exercice décennal « Healthy People » aux États-Unis en est un exemple notable, malgré ses points forts et ses lacunes.

Deuxièmement, il serait extrêmement utile si l’un de ces objectifs en matière de santé était une mesure agrégée générale de la santé de la population — essentiellement, le « résultat net » servant à évaluer le rendement du système de santé en tenant compte de l’ensemble intégral des déterminants de la santé, qui joue un rôle analogue à celui des bénéfices dans le cas des entreprises et du PIB dans le cas de l’économie. Une telle mesure existe et devient de plus en plus répandue à l’échelle internationale : il s’agit de l’espérance de vie ajustée sur la santé, l’EVAS, ou tout autre nom semblable.

Vous trouverez à la page 5 un graphique que j’ai montré au comité l’an dernier illustrant l’EVAS. Pour paraphraser le rapport de la Commission Rochon au Québec d’il y a quelques années, l’EVAS vise non seulement à ajouter des années de vie, ce qui est mesuré de façon générale par l’espérance de vie, mais à ajouter de la vie aux années. L’EVAS combine la durée de vie et la santé durant ces années de vie. Étant donné que le comité s’intéresse aux disparités, vous remarquerez que le graphique à droite montre l’EVAS ventilé par tiers de revenu. Les petites parenthèses montrent que l’écart entre le tiers supérieur et le tiers inférieur est du même ordre que celui attribuable aux maladies du cœur et au cancer du poumon combinés. Ce n’est pas négligeable.

Le graphique suivant montre en outre que l’EVAS donne dans certains cas une impression très différente de ce à quoi tiennent les véritables fardeaux de la maladie. Par exemple, les barres en haut du graphique à gauche montrent les effets de l’élimination des décès dus à la cardiopathie ischémique : cela ajouterait 2,4 ans à l’espérance de vie des hommes et 1,8 an à celle des femmes. Les barres à droite montrent les effets de l’élimination d’une maladie sur la mortalité ainsi que sur l’état de santé, c’est-à-dire sur l’EVAS. Les résultats sont les mêmes dans le cas de l’élimination de la cardiopathie ischémique; l’EVAS augmenterait de juste un peu moins, soit 2,2 ans pour les hommes et 1,5 an pour les femmes.

Generally, cause-deleted life expectancy and cause-deleted HALE look similar, with heart disease at the top and cancers following in importance. However, let me draw your attention to the second last row, where osteoarthritis has essentially zero impact on life expectancy on the left side of the graph, but has moved to number one in terms of HALE for women at 2.4 years, well ahead of heart disease, lung cancer and breast cancer. Also, mental disorders have almost tripled, from a reduction of 0.4 years in terms of life expectancy to a decline of 1.1 years when measured using HALE.

This chart and the previous one illustrate that HALE, as a kind of GDP for health, could provide not only an overarching goal but also a concept that can be broken down in a number of illuminating ways, including equity.

It is one thing to have information on the past; it is another to have projections and simulations of what would happen if one or another policy were adopted. Simulation models have been a fundamental part of economic, tax and social policy information systems since the 1960s. No self-respecting finance minister brings down a budget without having run the numbers through a simulation model. I know; I used to do that.

However, I am sorry to say that this kind of quantitative analysis remains sorely lacking in the health sector. While a profound synergy has evolved between data systems and simulation models in these other areas — for example, with the national accounts — it is just barely beginning in population health, led by researchers, not governments.

One of the key but still unrealized synergies, both for simulation analysis and more broadly, is to ensure that health care and clinical data systems, as they evolve, are embedded in and have a full population health perspective. Billion dollar investments — for example the Canada Health Infoway — are underway in electronic health record systems, but very little thought is being given to their tremendous potential for population health.

I do not want to overstate it. There are the beginnings of thinking, and I think Ms. Glenda Yeates emphasized that point before this committee two weeks ago.

In this connection, let me highlight the longitudinal health and administrative data, LAHD, initiative, which Statistics Canada is undertaking in partnership with the provinces both to bridge the clinical and vernacular solitudes, which I mentioned earlier, to create more powerful longitudinal cohort data, and more generally to begin building out from the routinely collected administrative data to embed these data in an explicit population

Généralement, lorsque la cause du décès est supprimée, l'espérance de vie et l'EVAS ont des profils similaires, la maladie cardiaque se situant au premier rang et les cancers suivant en importance. Toutefois, j'aimerais attirer votre attention sur l'avant-dernière ligne, où l'ostéoartrite a essentiellement un impact nul sur l'espérance de vie à gauche, mais l'impact le plus important sur l'EVAS des femmes, soit de 2,4 ans, impact beaucoup plus important que celui de la maladie cardiaque, du cancer du poumon et du cancer du sein. De plus, l'impact des troubles mentaux a presque triplé, passant d'une réduction de 0,4 an de l'espérance de vie à une diminution de 1,1 an de l'EVAS.

Ce graphique et le graphique précédent montrent que l'EVAS, qui serait le PIB de la santé, non seulement pourrait être utile pour définir un but général, mais il s'agit aussi d'un concept qui peut être décomposé de manière à offrir divers éclairages, y compris sur l'équité.

Disposer d'information sur le passé est une chose. C'en est une autre que de disposer de projections et de simulations de ce qui se passerait si une politique donnée était adoptée. Les modèles de simulation sont un élément fondamental des systèmes d'information aux fins de l'élaboration de politiques économiques, fiscales et sociales depuis les années 1960. Aucun ministre des Finances qui se respecte ne présentera un budget sans avoir soumis ses chiffres à un modèle de simulation. Je le sais; c'est ce que je faisais autrefois.

Toutefois, je suis désolé d'indiquer que ce type d'analyse quantitative fait défaut dans le secteur de la santé. Alors qu'une grande synergie opère entre les systèmes de données et les modèles de simulation dans ces autres domaines — par exemple, pour ce qui est des comptes nationaux — elle commence à peine à s'établir dans le domaine de la santé de la population, et ce, sous la direction des chercheurs, et non des administrations publiques.

L'une des synergies clés qui reste encore à réaliser, tant pour les analyses de simulation que de façon plus générale, consiste à garantir que les systèmes de soins de santé et de collecte de données cliniques, à mesure qu'ils évoluent, sont ancrés dans une perspective intégrale de santé de la population. Les investissements dans les systèmes de dossiers de santé électroniques — par exemple, l'Inforoute Santé du Canada — représentent actuellement des milliards de dollars. Cependant, on pense très peu à leur énorme potentiel pour la santé de la population.

Je ne veux pas insister sur ce point. L'idée commence à germer, et je crois que Mme Glenda Yeates a attiré l'attention du comité sur cette question il y a deux semaines.

À cet égard, j'aimerais souligner l'initiative des données longitudinales administratives et sur la santé de la population, DLAS, que Statistique Canada a entreprise en partenariat avec les provinces pour rapprocher les deux solitudes que j'ai mentionnées plus tôt — le langage clinique et le langage courant — afin de créer des données de cohortes longitudinales plus puissantes et, de façon plus générale, afin de prendre appui sur les données

health framework. We are doing this by linking, where our survey respondents have agreed, our hundreds of thousands of survey results with their provincial health care records.

To conclude, instead of more information gaps I will highlight three major opportunities.

First, the electronic health record, or EHR, offers tremendous potential for population-level data. However, to realize this opportunity fully, there are two basic needs: to strike an appropriate balance with regard to the protection of privacy and confidentiality and to broaden beyond the biomedical clinical framework. On the privacy point, I worry that the pendulum is too far over on the side of restricting access to these data from bona fide and indeed highly beneficial uses.

Second, as in the LHAD initiative I just mentioned, Statistics Canada, with its constitutional and legislative foundation, offers the potential to form the hub for privacy-sensitive but much more aggressive development and utilization of emerging population health information.

Finally, I have a comment about the way we fund population health research. In a phrase, I find it too “lone ranger.” We have not created the funding institutions that treat this area as big science, the way we do high energy physics with its cyclotrons or genomics with its very large investments in sequencing and bioinformatics. Just as there is a hot new field of systems biology, I think there would be tremendous benefits to a systems approach to population health research.

With that, I have touched lightly on a variety of points. I will be happy to answer questions. Thank you.

Cliff Halliwell, Director General, Strategic Policy Research Directorate, Human Resources and Social Development Canada: At the outset, I want to say that I am speaking here today as a policy research executive in a department that does not often deal directly with population health per se. With that being said, I am a policy research director in a department that faces issues that are not dissimilar from those that arise when looking at the field of population health. While the objects of the policy tool kit — the outcomes we wish to influence — are different, many policy tools in the tool kit are similar and, in particular, many of the feasible research and data tools are similar in character.

Just as investing in human capital, achieving better health outcomes means changing something that someone is doing through some policy instrument. Knowing how to do that requires more than just measurement and more than just

administratives recueillies systématiquement pour intégrer ces données dans un cadre explicite de santé de la population. À cet effet, nous procédons, dans les cas où les répondants à nos enquêtes le permettent, au couplage de centaines de milliers de résultats d'enquêtes à leurs dossiers médicaux provinciaux.

En guise de conclusion, j'aimerais signaler non pas d'autres lacunes en matière d'information, mais trois possibilités importantes.

En premier lieu, le dossier de santé électronique offre un potentiel énorme pour ce qui est de la collecte de données au niveau de la population. Toutefois, pour tirer pleinement parti de cette possibilité, nous avons besoin de trouver un juste équilibre entre la confidentialité et la protection des renseignements personnels, et d'élargir la collecte de données au-delà du stricte cadre biomédical ou clinique. En ce qui a trait à la protection des renseignements personnels, je crois que nous ne péchons par excès de zèle en restreignant l'accès à ces données alors qu'il s'agit de les utiliser à des fins légitimes et très bénéfiques.

En deuxième lieu, comme dans le cas de l'initiative DLAS que je viens de mentionner, Statistique Canada, étant donné ses assises constitutionnelles et législatives, pourrait être un centre d'élaboration et d'utilisation beaucoup plus dynamique de la nouvelle information sur la santé de la population, tout en étant respectueux de la confidentialité des renseignements personnels.

Enfin, un commentaire sur la façon dont nous finançons la recherche sur la santé de la population. Je trouve que nous faisons trop « cavalier seul ». Nous n'avons pas créé les institutions de financement qui traitent ce domaine comme étant de la mégascience, à l'instar de la physique des hautes énergies, avec ses cyclotrons, ou de la génomique, avec des investissements massifs en séquençage et en bioinformatique. Tout comme dans le cas du nouveau domaine de la biologie des appareils anatomiques, d'énormes avantages découleraient, à mon avis, de la recherche sur la santé de la population.

Cela étant dit, j'ai touché brièvement à divers aspects. Je serai ravi de répondre à vos questions. Je vous remercie.

Cliff Halliwell, directeur général, Direction générale de la recherche en politiques stratégiques, Ressources humaines et Développement social Canada : Pour commencer, j'aimerais préciser que je suis ici en ma qualité de directeur de recherche en politiques dans un ministère qui ne s'occupe pas souvent de la santé de la population directement. Cela étant dit, je suis directeur de recherche en politiques dans un ministère qui s'occupe d'enjeux qui ne sont pas bien différents de ceux que présente la santé de la population. Bien que l'objet des outils stratégiques — les résultats que nous souhaitons influencer — soit différent, bon nombre d'outils stratégiques dont nous disposons sont semblables et, en particulier, bon nombre d'outils pratiques en matière de recherche et de données sont de nature semblable.

Comme c'est le cas avec l'investissement dans le capital humain, la production de meilleurs résultats en matière de santé exige la modification du travail d'une personne à l'aide d'un instrument d'intervention. Savoir comment y parvenir requiert

research on the determinants of outcomes. It requires information on the effectiveness of interventions — what works.

I want to start with the first topic for discussion from the subcommittee's issues and options report: whether to expand and enrich the population health database in Canada. I have several short points here.

First, we have had a recent surge in available Canadian data ensuing from the three rounds of the Health Information Roadmap. We are vastly better off than we used to be. Second, Canada's health data is under-researched as it is. More data without more research would likely exacerbate this outcome.

Third, when looking at population health data, more and more cross-sectional data — the data that captures a different sample of the population every year or so — will only enable us to learn more and more about the largely contemporary correlates of health outcomes. It will not enable us to look at what caused those outcomes sometimes in the immediate past and sometimes in the long ago past. For that, as

Mr. Wolfson has already mentioned, we need the longitudinal data that follows individuals over their life course. That enables us to see what caused the good or bad outcomes.

Fourth, reinforcing Mr. Wolfson's message, such longitudinal data would ideally be a mix of survey data and the administrative data captured within our health care system. This would be and is an enormous challenge both because of the complexity of administrative data, often not designed with this purpose in mind, and the privacy provisions that govern such data.

Finally, I would like to flag that we are facing a window right now that is currently open that could enrich our health data. That is, as Mr. Wolfson mentioned, the work going on at Canada Health Infoway to try to create a pan-Canadian electronic health record. If the potential use of that kind of information for research was left as a side issue, it would be an opportunity lost. I commend that to the subcommittee, although it sounds like you have been exploring that as well. It is an important window of opportunity.

Now I want to turn to the second issue of investing in more population health research and enhancing the translation of knowledge. Here I want to stress that there are two things we can do, one of which I think would be a mistake. The mistake would be to invest mostly in learning about the general determinants of health outcomes. That is the easy road, but we already know a lot

plus que de simples mesures et recherches sur les déterminants des résultats. Il faut disposer de renseignements sur les éléments efficaces des interventions.

Je souhaite toutefois commencer par examiner la première option du rapport du sous-comité sur les enjeux et les options visant à déterminer s'il faut élargir et enrichir la base de données sur la santé de la population au Canada. J'ai plusieurs points à soulever à ce sujet.

Premièrement, les trois étapes de l'initiative du Carnet de route de l'information sur la santé ont récemment favorisé la production d'une quantité de données importantes sur la population canadienne. Nous sommes en bien meilleure position qu'autrefois. Deuxièmement, la recherche actuelle concernant les données sur la santé au Canada est insuffisante. À quoi bon produire plus de données si elles ne font l'objet d'aucune recherche; assurément, cela ne fera qu'aggraver le résultat.

Troisièmement, l'examen des données sur la santé de la population révèle que la quantité croissante de données transversales, c'est-à-dire des données qui concernent un échantillon différent de la population chaque année, n'aidera les intervenants qu'à en savoir davantage sur les grandes corrélations contemporaines des résultats en matière de santé. Elles ne permettront pas d'analyser les causes de ces résultats dans le passé parfois récent et parfois lointain. Il faut donc, comme M. Wilson l'a déjà mentionné, recueillir des données longitudinales, des données amassées tout au long de la vie des gens, pour mettre en évidence les antécédents des résultats satisfaisants ou insatisfaisants.

Quatrièmement, pour appuyer le message de M. Wolfson, je dirais que de telles données longitudinales seront idéalement composées de données d'enquête et administratives recueillies à l'intérieur du système de soins de santé. Cela représente un énorme défi en raison de la complexité des données administratives, qui bien souvent ne sont pas conçues à cette fin, et des dispositions relatives à la confidentialité qui protègent ces données.

Finalement, je désire signaler que la période actuelle est favorable à un enrichissement important des données sur la santé. Je parle, comme M. Wolfson l'a mentionné, du travail en cours sur l'Inforoute Santé du Canada, qui vise à créer un dossier de santé électronique pancanadien. Si on néglige d'utiliser éventuellement ce type d'information pour la recherche, on aura perdu une excellente occasion. Je fais cette recommandation au sous-comité, bien que vous sembliez avoir exploré cet enjeu également. Cette initiative ouvre la porte à d'importantes possibilités.

J'aimerais maintenant poursuivre avec l'examen du deuxième enjeu : investir davantage dans la recherche sur la santé de la population et améliorer l'application des connaissances. Je tiens à mettre en évidence les deux options possibles et à indiquer laquelle constituerait une erreur, selon moi. En effet, il serait insensé d'investir principalement dans la connaissance des déterminants

about this. What we need to do is fill the enormous gap in our knowledge of what public policy interventions work.

This starts to sound like program evaluation, which it largely is, but it is unbiased program evaluation adhering to high standards of quality. It is also done to consistent standards of methodology so that one can have confidence in relative benefit-cost ratios of different interventions. In Canada we have underinvested by a substantial margin in unbiased, high quality, peer-reviewed, dispassionate effectiveness evaluation, especially in the population health field.

In particular, we know little about how to compare the benefits and costs of one intervention over another. Health advocates are often reluctant to admit that thinking about cost-benefit analysis is appropriate in the health field, because better health is often thought to be an outcome beyond price. However, asking whether existing resources would have a better health return when used in other ways is a legitimate question. Without this knowledge of what works, a good understanding of the general determinants of health outcomes will be intellectually interesting but not that applicable at the “coal face” of public policy decision making.

In that vein, what strikes me is the contrast between biomedical and population health research. In biomedical research, as everyone here knows, the norm for research is to have randomly selected intervention and control groups, administer the intervention to the former only and then test what difference it makes by comparing the outcomes for the two groups. This tends to lead to robust results, especially when done with large enough samples. It is also easy to explain to decision makers because it is effectively a variant on the “Pepsi Challenge.”

It also enables identification of dose-response relationships, which is how much the outcome depends on the dose of the intervention. We do not typically look at that in the public policy context, but one cannot imagine not having that kind of information in the context of deciding how many antibiotics a patient should take.

In the U.S., there is a long history of applying such methodologies to labour market, education, skills, social policy interventions and even health promotion. These are often referred to as social experiments. In many respects, in social sciences research they are the new norm or standard for research worldwide, what an iPod is to a ghetto blaster.

In Canada, my department pioneered the use of such experiments in our policy domains in the 1990s, but only to a limited degree. I have often wondered why Canada does not have a greater hunger to try such experiments in public policy. I have

généraux des résultats en matière de recherche. Il s'agit là de l'option la plus facile, et beaucoup de ces déterminants sont déjà connus. Il faut plutôt combler l'énorme écart des savoirs sur les interventions efficaces de la politique publique.

Cela peut commencer à ressembler à une évaluation de programme, et c'est effectivement le cas en grande partie. Toutefois, il s'agit d'une évaluation de programme impartiale qui respecte des normes rigoureuses de qualité. Elle se plie également à des normes méthodologiques cohérentes, ce qui permet de faire confiance dans une certaine mesure aux coefficients coûts-avantages relatifs de différentes interventions. Le Canada n'a pas investi suffisamment dans une telle évaluation efficace et impartiale, soumise à des normes de qualité et revue par des pairs, surtout dans le domaine de la santé de la population.

On ignore particulièrement comment comparer les coûts et les avantages d'une intervention avec les coûts et les avantages d'une autre. Les défenseurs de la santé reconnaissent difficilement que l'analyse des coûts et des avantages est pertinente dans le domaine de la santé, car ils soutiennent que l'amélioration de la santé constitue un résultat qui n'a pas de prix. Toutefois, il est légitime de se demander s'il n'est pas possible de mieux utiliser les ressources existantes afin de produire des résultats plus intéressants sur le plan de la santé. Sans connaissance sur les instruments efficaces d'intervention, une bonne compréhension des seuls déterminants généraux des résultats en matière de santé s'avère intéressante d'un point de vue intellectuel, mais demeure inapplicable au fond de la politique publique.

À ce sujet, j'ai toujours considéré qu'il existait une différence entre la recherche biomédicale et la recherche sur la santé de la population. En recherche biomédicale, comme chacun le sait, la norme consiste à sélectionner un groupe d'intervention et un groupe de contrôle au hasard, à procéder à l'intervention sur le premier groupe et à observer les différences en comparant les résultats des deux groupes. Le processus permet d'obtenir des résultats très fiables, surtout lorsque l'échantillon compte un grand nombre de participants. Les résultats sont aussi faciles à expliquer, parce qu'il s'agit d'une variante du « Défi Pepsi ».

Cela permet également de déterminer les relations dose-effet, c'est-à-dire de savoir dans quelle mesure le résultat dépend de l'ampleur de l'intervention. C'est un aspect que nous ne considérons généralement pas dans le contexte des politiques publiques, mais on ne peut pas s'imaginer devoir se passer de ce genre de renseignements lorsqu'il s'agit de décider de la quantité d'antibiotiques à prescrire à un patient.

Aux États-Unis, on applique depuis longtemps ces méthodes aux interventions relatives au marché du travail, à l'éducation, aux compétences, à la politique sociale et même à la promotion de la santé. Ces interventions sont d'ailleurs souvent qualifiées d'expériences sociales. À bien des égards, il s'agit de l'avant-garde en matière de recherche à l'échelle mondiale, un iPod dans un domaine où régnaient encore les radiocassettes.

Au Canada, mon ministère a été l'un des premiers à tenir de telles expériences, quoique dans une moindre mesure, dans ses secteurs d'intervention au cours des années 1990. Je me suis toujours demandé pourquoi le Canada ne désirait pas plus

been especially mystified by why we have not seen the population health field and the upstream intervention field as one that lends itself to applying these techniques.

Instead, even when we do thorough quantitative program evaluations of our interventions, we struggle to identify what the appropriate control group is, the group that did not get the intervention, a group we are not directly observing. We try to do that econometrically, with results that, when done through different approaches, prove to be highly sensitive to the chosen approach and subsequently very fragile. Of course, the results do not address this question of dose-response. For sure, trying to explain the econometrics to decision makers is a challenge of enormous scale.

These experimental approaches are not found only in medicine; they are increasingly found in the business world. I recently read the book *Super Crunchers* by Ian Ayres in the U.S.; it which deals with how the business sector is using more of this kind of data and randomly shocking their customers into seeing how they respond to different interventions. Their purpose is somewhat different from ours, but the power of the technology is there.

Finally, on the translation of knowledge, I know that researchers often complain about the uptake into decision making, but that will be inevitable if largely they can talk about determinants but cannot talk about what interventions will work. I would flag that decision makers themselves do need their own research capacity to help to be able to talk to the researchers, in a sense to serve as their Rosetta Stone and translate research into a known official language, either English or French.

I would also flag that we must treat the knowledge as a stock. Quite often in the research community we have created a conception that we need to firehose our research at decision makers as we discover it. In reality, we need to treat it as a stock and have it there readily accessible, in the sense that you have a repository in the Cochrane Collaboration, as an example.

Finally, subcommittee staff wanted HRSDC to comment on its website on the indicators of well-being in Canada. Right now that would not directly advance population health research within policy research and policy development elites. They already know everything that you would find there, all of which is findable elsewhere with little additional effort and is an ongoing part of health system reporting elsewhere.

However, this kind of site can indirectly advance the policy agenda by means of making interest groups, the media and the general public more factually informed and more outcomes-

ardemment réaliser des expériences semblables dans le domaine de la politique publique. Je me suis surtout demandé pourquoi nous ne le faisons pas davantage dans les domaines de la santé de la population et des interventions en amont, lesquels se prêtent si bien à de telles approches.

Même lorsque les évaluations de programme relatives aux interventions sont effectuées de manière rigoureuse et quantitative, il nous est difficile de cibler le groupe de contrôle le plus approprié. On a généralement recours à des techniques économétriques pour tenter de déterminer quels auraient été les résultats obtenus pour le groupe n'ayant pas participé à l'intervention et n'ayant pas fait l'objet d'observations directes. Les résultats sont souvent fragiles, car une légère modification des méthodes employées peut bien sûr les faire varier considérablement. De plus, les résultats ne s'attardent pas aux relations dose-effet. En outre, il va de soi que l'économétrie est complexe et difficile à expliquer aux décideurs.

Ces approches expérimentales ne se limitent pas à la médecine; on les retrouve de plus en plus dans le monde des affaires. J'ai lu récemment *Super Crunchers*, un livre de l'Américain Ian Ayres; on y apprend comment le milieu des affaires utilise de plus en plus des données semblables et déstabilise aléatoirement ses clients pour voir comment ils réagissent aux différentes interventions. Leur but se distingue un peu du nôtre, mais l'exercice témoigne bien du pouvoir de la technologie.

Au sujet de l'application des connaissances, je sais que les chercheurs se plaignent souvent d'un manque d'impact sur le processus décisionnel, mais c'est une situation inévitable si la recherche se concentre principalement sur les déterminants, sans pouvoir indiquer quelles interventions seront efficaces. J'insisterais également sur le fait que les organismes décisionnels doivent disposer de leur propre capacité de recherche, de manière à faciliter les liens avec les chercheurs, car cette capacité peut servir en quelque sorte de « pierre de Rosette » et faciliter la traduction de la recherche dans une langue officielle connue, que ce soit le français ou l'anglais.

Je veux ajouter que le savoir doit être considéré comme un bien. Trop souvent, on a l'impression qu'on doit transmettre en vrac aux décideurs tous les résultats obtenus au fur et à mesure que des recherches sont effectuées. Il faudrait plutôt mettre l'accent sur le développement de ce bien et la façon de le rendre accessible. À cet égard, les référentiels de connaissances comme la Cochrane Collaboration sont un modèle à suivre.

En dernier lieu, le personnel du sous-comité a demandé à RHDSC de commenter le site web des indicateurs du mieux-être au Canada. Dans l'état actuel des choses, cet outil n'est pas apte à favoriser la progression directe de la recherche sur la santé de la population au sein de l'élite de la recherche et de l'élaboration des politiques. Cette élite connaît déjà tous les renseignements qui s'y trouvent, lesquels sont d'ailleurs faciles à dénicher à d'autres endroits ainsi que dans les rapports continus sur le système de santé.

Le site peut toutefois faire progresser indirectement le programme d'élaboration de politiques en présentant des faits aux groupes d'intérêts, aux médias et au grand public et en

oriented. This in turn helps raise the standard of debate. It also helps generate support for the data, as data and research are like potato chips, where once you have opened the bag it is hard to just eat one.

Dr. John Frank, Scientific Director of CIHR, Institute of Population and Public Health: It is delightful to be here again. I will try to comment succinctly on at least three areas in which I think better data capture would be both doable in the span of the next half decade or so and something that the subcommittee could specifically advocate.

I found everything that you wrote totally compelling and I do not disagree with anything in your draft. I certainly think you could even call the two possible options, as you so quaintly put it, essential actions, because that is what they are: to expand and enrich the database for population health in Canada and to invest in more appropriate research in knowledge transmission. Those will come up again.

My slides start by reiterating three basic public health principles, the first thing I teach to 120 incoming master's and doctoral students in public health every September at the University of Toronto. First, seek the root causes of why people get unwell. You have heard that we need to bring longitudinal data to bear on that, particularly throughout the stages and phases of human life.

Second, think of whole populations. A great deal of conversation goes on in Canada about the people who come to the clinic door. Many of the problems lie with the people who do not come to the clinic door. About one in two type 2 diabetics over age 70 are known to the system. One in two are not known.

Third, understand and apply the principles of social change over the life course. If you take the example of smoking, you know full well that it is social change that has made the difference. The issue is how to engineer that, how to make that happen for other issues, other kinds of determinants.

The first example is children and their level of function, their level of well-being and health, as opposed to how frequently they die and how frequently they are admitted.

The next slide is entitled "What Data We Collect — and Don't." The truth is that we are fantastic at the same things you can learn in a cemetery. We know when you came into the world and when you left it. We are not too bad at why you left it. We are fantastic at the two, three or four times you are hospitalized in a lifetime now, on average. Many admissions occur in a very small group, but for most of us we are hospitalized about that many

mettant l'accent sur les résultats. Cela contribue, à son tour, à hausser d'un cran le débat sur les politiques. Le site web peut aussi engendrer un appui favorable aux données et à la recherche, car celles-ci ressemblent beaucoup à des croustilles; il est difficile de ne pas en profiter une fois que le sac est ouvert.

Dr John Frank, directeur scientifique, IRSC, Institut de la santé publique et des populations : Je suis heureux d'être de nouveau des vôtres. Je vais essayer de vous parler brièvement d'au moins trois secteurs dans lesquels il serait possible, selon moi, d'améliorer la cueillette de données au cours des cinq prochaines années, un objectif que votre sous-comité devrait s'employer à mettre de l'avant.

J'ai trouvé votre mémoire très probant et je suis d'accord avec tout ce que vous y écrivez. J'irais même jusqu'à qualifier d'actions essentielles, ce que vous appelez les deux options possibles, parce que c'est exactement ce qu'elles sont : il faut élargir et enrichir la base de données sur la santé de la population au Canada et investir dans une recherche mieux adaptée aux fins de la transmission des connaissances. Nous reviendrons certes sur ces questions.

Mes diapositives débutent par un rappel des trois principes fondamentaux de la santé publique, la première chose que j'enseigne aux 120 nouveaux étudiants à la maîtrise et au doctorat que j'accueille à chaque mois de septembre à l'Université de Toronto. Il faut d'abord rechercher les causes profondes de la maladie et de l'invalidité. On vous a déjà indiqué qu'il nous faut des données longitudinales pour ce faire, notamment pour toutes les étapes de la vie humaine.

En deuxième lieu, on doit tenir compte et s'occuper des populations au complet. Au Canada, on parle beaucoup des gens qui se présentent aux cliniques médicales. Une grande partie des problèmes sont toutefois liés aux personnes qui ne fréquentent pas ces cliniques. Parmi les diabétiques de type 2 âgés de plus de 70 ans, environ la moitié ne sont pas connus du système.

Troisièmement, il faut comprendre et appliquer les principes du changement social au cours de toute une vie. Si vous prenez l'exemple du tabagisme, vous savez pertinemment que c'est un changement social qui a fait la différence. Il s'agit de savoir comment on peut orchestrer un tel changement de manière à obtenir les mêmes résultats pour d'autres problèmes, d'autres types de déterminants.

Le premier exemple est celui des enfants. Il s'agit de savoir dans quelle mesure ils se portent bien et sont en santé, en comparant avec leur taux de mortalité ou la fréquence de leur admission en établissement.

La diapositive suivante est intitulée « Les données que nous recueillons, et que nous ne recueillons pas ». Il faut reconnaître que nous n'avons aucun problème pour ce qui est des renseignements qu'une personne pourrait obtenir en se rendant au cimetière. Nous connaissons le moment de votre naissance et celui de votre décès. Nous ne faisons pas si mal pour ce qui est des causes de votre mort. Nous arrivons très bien à répertorier vos

times until we are elderly. It is just all the rest, that vast mass of daily existence, that we do not know much about. That is a problem.

We still do not have any national system of collecting function of children. I know Dr. Hillel Goelman came from Clyde Hertzman's Human Early Learning Partnership. I do not know whether he presented to you their approach in B.C., which is to have every kindergartener assessed every year by a simple instrument the kindergarten teacher fills out. It takes about a day of the teacher's time. They got it through the collective bargaining, which was amazing, in 59 school districts, including all First Nations communities. The beauty of it is that it is so smart because it is done before the school gets the kids. Consequently, the schools love it because they will not be held to blame for the results. Everyone loves it. It is not used to manage individual kids. That is an important point. It is used to develop the means and distributions for each community, and then they are fed back that information. Clyde Hertzman and his staff go all over B.C., school board by school board, and pick comparator communities at the same level of socio-economic status. They can pick communities even within the First Nations group at the same level so that you can see how you are doing compared to appropriate comparators.

The examples I have given show you that they can map at a very fine level how kids are doing going into kindergarten. That predicts almost everything else that goes on in your life, I am sorry to say. You can see that some parts of Vancouver are much worse off than others, and the range is enormous. There are areas with only 6 per cent, 7 per cent or 8 per cent of children scoring in the bottom 10 per cent of one of the five scales on this little instrument. There are other communities inside Vancouver where over 35 per cent of the kids are scoring in the bottom 10 per cent on one or more scales. Human disadvantage and human function are clustered by how well off you are, how educated your parents are, and how much stimulation you get, as the subcommittee has heard from many people.

On the next page, you see where the licensed child care and preschool spaces are. Where do you think they are? There is a very famous law of health care, which is shown here to be also true for early childhood education, called the inverse care law. It was written by a famous general practitioner in a Welsh coal mining village, Dr. Julian Tudor Hart. Dr. Hart coined the inverse care law by pointing out that the amount of care people get, unless there is a carefully managed public sector system to redistribute it,

deux, trois ou quatre hospitalisations, ce qui correspond au nombre moyen de fois où la plupart d'entre nous serons hospitalisés avant d'atteindre un âge avancé. Il faut cependant noter qu'un très petit groupe de patients comptent pour une bonne partie des admissions. C'est tout simplement au sujet de tout le reste, de toutes les choses de la vie courante, que nous n'en savons pas beaucoup. C'est ce qui est problématique.

Nous n'avons toujours pas de système national pour recueillir des données sur le développement de nos enfants. Je sais qu'Hillel Goelman est venu vous parler du Human Early Learning Partnership de Clyde Hertzman. Je ne sais pas s'il vous a présenté l'approche utilisée en Colombie-Britannique où chaque élève de la maternelle est évalué à tous les ans au moyen d'un instrument simple que l'éducateur doit remplir. Il lui faut environ une journée de son temps pour ce faire. Chose formidable, le processus a été instauré dans le cadre de la négociation collective dans 59 districts scolaires, y compris toutes les communautés des premières nations. Le grand avantage, c'est que l'évaluation est menée avant que les enfants n'arrivent à l'école primaire. Les écoles adorent donc le système, car elles ne seront pas blâmées pour les résultats. Tout le monde est enchanté. On ne s'en sert pas pour intervenir individuellement auprès des enfants. C'est un point très important. On l'utilise pour concevoir des outils et répartir les ressources entre les différentes communautés qui ont également accès à l'information. Clyde Hertzman et son personnel parcourent la Colombie-Britannique et choisissent au sein des différents conseils scolaires des collectivités servant de groupes de comparaison pour un même niveau de statut socioéconomique. Ils peuvent même sélectionner des communautés des Premières nations pour voir comment elles se comparent à des collectivités équivalentes du même niveau.

Les exemples que je vous ai donnés montrent bien qu'il est possible d'évaluer de façon très pointue la situation des enfants fréquentant la maternelle. Il faut malheureusement avouer qu'à peu près tout le reste de leur vie est fonction de ces résultats. Vous pouvez constater que certains quartiers de Vancouver font bien piètre figure et que les écarts sont énormes. Il y a des secteurs qui ne comptent que 6, 7 ou 8 p. 100 d'enfants se situant dans le dernier 10 p. 100 sur l'une des cinq échelles de ce petit instrument. Il y a par contre des quartiers de Vancouver où cette proportion dépasse les 35 p. 100 pour une ou plusieurs des échelles. De nombreux témoins vous l'ont déjà fait valoir; c'est le milieu d'où vous venez, le niveau de scolarité de vos parents et la quantité de stimulation que vous recevez qui déterminent en grande partie dans quelle mesure vous risquez d'être défavorisé ou de connaître des problèmes de fonctionnement.

À la page suivante, on peut voir la répartition des places en garderie et en prématernelle. Où croyez-vous qu'on les retrouve? Il existe un principe très connu dans le milieu des soins de santé, appelé « corrélation inverse entre défaveur sociale et qualité des soins », qui semble également s'appliquer à l'éducation de la petite enfance. C'est le Dr Julian Tudor Hart, un médecin généraliste réputé d'un village minier de Galles, qui a proposé ce concept. Le Dr Hart est arrivé à ce principe en établissant que la

is inversely proportional to the amount of care they need. That is the same with daycare.

Turning to the next slide, the map is to remind me again to tell you that this is throughout B.C. after more than a half decade of tremendous effort by the health group at the University of British Columbia.

Here are several slides from the fabulous Manitoba centre. I know that Noralou Roos came here to present to you. They have the best longitudinal data linkage capacity across every sort of record, although B.C. is coming up quickly to match them. Theirs has been in place longer. They have records going back almost 30 years for some people, and they can link all of those databases.

This is the work of Marni Brownell, junior scientist in the group there. Ms. Brownell asked the following questions: How steep do the socio-economic differentials in school achievement look if you take what the school test results look like and you map them against how well-off the families are in each of the areas using the mean local area family income, just like many other analyses in Canada? Then how steep do the socio-economic differentials look for the same test results if you include all the kids who were not in the test-writing exercise because they were not in school anymore, by the same socio-economic groups?

Looking at the dark graph with the bar graphs on the left, we see that for Grade 12 the gradient does not look too bad between the poor and the rich parts of Winnipeg, I think it is. We go from 70 per cent passing in the low SES group to 90 per cent and a little more passing the Grade 12 standardized language arts test. Too bad it is completely unreflective of the kids born that year. The real truth is that when you include all kids born that year, which they can do in Manitoba by linking up the data sets, the percentage who passed the grade 12 test by that age is 27 per cent in the low SES area and about 77 per cent in the high SES area.

Do not get too fixated on the debate about how we are doing compared to last year, because school performance statistics are a function of who is sitting the tests. That is a function of who is in the class. That is a function of who is still in school.

The amazing thing to me is that Manitoba people showed it is almost as bad by Grade 3. The next graph shows that the gradient is four times as steep, if you have all the kids in the birth cohort instead of just the kids sitting in the Grade 3 classes sitting the tests. The gaming like that is not all deliberate. I am just telling you that you cannot believe what the school system tells you

quantité de soins que reçoit une population, à moins de disposer d'un système public géré assez efficacement pour redistribuer les services, est inversement proportionnelle à la quantité de soins dont elle a besoin. C'est également vrai pour les places en garderie.

La carte de la diapositive suivante montre la situation dans l'ensemble de la Colombie-Britannique, après plus de cinq ans d'efforts acharnés par le groupe de promotion de la santé à l'Université de la Colombie-Britannique.

Nous avons ensuite plusieurs diapositives sur le fameux centre sur les politiques de santé du Manitoba. Je sais que Noralou Roos est venue vous en parler. Le centre possède une extraordinaire capacité de couplage des données longitudinales dans tous les domaines, mais la Colombie-Britannique le rattrape rapidement. Le système est toutefois en place depuis plus longtemps au Manitoba. Le centre dispose de 30 ans de dossiers pour certaines personnes, et toutes ses bases de données peuvent être interreliées.

C'est le travail de Marni Brownell, scientifique associée du groupe de promotion de la santé. Mme Brownell s'est posé les questions suivantes : à quoi ressemblent les écarts socio-économiques entourant le rendement pédagogique si on compare les résultats des examens scolaires à la situation économique des familles, selon le revenu familial moyen de chacune des régions, comme on l'utilise dans bien d'autres analyses au Canada? Et à quoi ressemblent les écarts socio-économiques pour les mêmes résultats d'examen si on inclut tous les enfants qui n'ont pas participé au test écrit parce qu'ils avaient abandonné l'école, par rapport aux mêmes groupes socio-économiques?

Si on examine le diagramme à barres à gauche, on constate qu'il n'y a pas tellement d'écart pour la 12^e année entre les quartiers pauvres et les quartiers riches de Winnipeg, je crois. On passe de 70 p. 100 pour le groupe des basses conditions socio-économiques à un peu plus de 90 p. 100 pour le taux de réussite au test normalisé de connaissances linguistiques en 12^e année. Malheureusement, ces données ne tiennent pas compte de tous les enfants qui sont nés cette année-là. Dans les faits, si on inclut tous les enfants nés cette même année, ce que peut faire le centre du Manitoba en reliant les groupes de données, le pourcentage de réussite au test de 12^e année est de 27 p. 100 dans le groupe des basses conditions socio-économiques, et de 77 p. 100 pour le groupe des conditions élevées.

Il ne faut pas trop s'attarder à se demander comment on se compare par rapport à l'an dernier, parce que les statistiques sur le rendement scolaire dépendent réellement de ceux qui ont fait les examens, de ceux qui sont en classe, de ceux qui vont encore à l'école.

Je trouve aberrant que les données pour la population du Manitoba soient presque aussi défavorables au niveau de la 3^e année. Le diagramme suivant montre un écart quatre fois plus important si on inclut tous les enfants nés cette année-là, plutôt que seulement ceux qui ont fait l'examen en 3^e année. On ne joue pas nécessairement avec les chiffres de façon délibérée. Je tiens

about the generation. It is not telling you the truth. It is not entirely the school's fault.

Cardiovascular disease is next. Here my plea is simple. Dr. Keon knows this. He has heard me say this before, but people still do not get it. We are fabulous at the people who shuffle off the mortal coil with heart disease and stroke. We could tell you where they died, and we are pretty good at telling you the details of how they shuffled away. We can even map these things by the mean family income of their neighbourhood, which Russell Wilkins at Statistics Canada has done brilliantly.

You will see that for men in the bottom graph, the gap has gotten narrower, but it stopped getting narrow for the last 10 years of the last 25-year period; it stalled.

For women the system does not work. It shows no gap because the mean family income misclassifies women's real social class. It does not tell you their real social class because it has mostly been reflective, in the people dying of heart disease, of male income for the first half of the last century. That is who is dying, so that is who makes up the statistics.

We must do it better for women. That means you have to collect individual-level data, as Mr. Wolfson and Mr. Halliwell indicated. You have to do so in real time, and the data must include more than family income. It has to include something about the person's education and, preferably, occupational status, for which we have many standard scales.

However, the real problem is that we have heart disease programs to prevent and promote health after program going back 25 years in this country and we still have no idea whether they are reducing the rate at which heart disease occurs, because we collect no data on the rate at which it occurs. No data. It is not that hard to do. It requires a linkage between all the sudden deaths out of hospital, which are held by the death registry people, and all the hospitalizations, which are held by a different ministry in Ontario with a very different set of motivations and kept at the Canadian Institute for Health Information, CIHI, and it requires linkage. There are people standing in the way. There are little ministers and little ministries standing in the way of the linkage.

Let me ask you a question. If you do not know how much heart disease is happening every year and you only know the death rate, do you know whether we should be spending more money on prevention or on diagnosis and treatment of people who come to the emergency with chest pains, whom Dr. Keon spent so much of his life taking care of? You do not have a clue. You do not have a clue whether we are behind on prevention, and you certainly do not know whether the health disparities, which are still significant for this, the major killer — it still will kill a

simplement à vous rappeler qu'il ne faut pas croire ce que le système scolaire nous dit à propos d'une génération. Cela ne reflète pas la réalité. On ne peut pas jeter tout le blâme sur les écoles.

Parlons maintenant des maladies cardiovasculaires. Ce que je revendique est simple, et le Dr Keon le sait. Il m'a déjà entendu le dire, mais les gens ne comprennent toujours pas. Nous savons un tas de choses sur les victimes de maladies cardiovasculaires et d'AVC. Nous pouvons vous dire où elles sont mortes et même vous donner des détails sur le combat qu'elles ont mené. Nous pouvons en outre schématiser tout ça par rapport au revenu familial moyen du quartier, ce qu'a fait de brillante façon Russell Wilkins de Statistique Canada.

Vous remarquerez dans le diagramme du bas que l'écart s'est amenuisé pour les hommes, mais la situation n'a pas bougé au cours des dix dernières années de la période de 25 ans visée par l'analyse.

Le système ne fonctionne pas pour les femmes. On ne voit aucun écart parce que le revenu familial moyen ne reflète pas la classe sociale véritable des femmes. Cette donnée découle plutôt, par rapport aux victimes de maladies cardiovasculaires, du revenu des hommes au cours des cinquante premières années du dernier siècle. Ce sont surtout des hommes qui décèdent de maladies cardiaques, alors c'est ce que l'on retrouve dans les statistiques.

Nous devons faire mieux pour les femmes. Cela signifie qu'il faut recueillir des données individuelles, comme l'ont mentionné MM. Wolfson et Halliwell. Il faut par ailleurs que ce soit fait en temps réel et que les données renferment plus que le revenu familial. Il faut obtenir des renseignements sur le niveau de scolarité de la personne et, préférablement, la situation professionnelle, pour laquelle nous disposons de plusieurs échelles normatives.

Toutefois, le cœur du problème réside dans le fait que nous ne savons toujours pas si les programmes que nous mettons en place depuis 25 ans dans ce pays pour prévenir la maladie et faire la promotion de la santé permettent réellement de réduire l'incidence des maladies cardiovasculaires, puisque nous n'amassons aucune donnée à cet égard. Aucune donnée. Ce n'est pourtant pas si difficile à faire. Il faut coupler toutes les données sur les décès soudains survenus en-dehors de l'hôpital, qui sont consignées dans les registres de décès, avec les données sur les hospitalisations, qui sont détenues par un autre ministère de l'Ontario à des fins totalement différentes et qui sont entreposées à l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS. Certaines personnes s'y opposent. De petits ministres et de petits ministères nous empêchent de le faire.

Laissez-moi vous poser une question. En ne sachant pas combien de personnes sont victimes de maladies cardiovasculaires chaque année, et en ne connaissant que les taux de décès, comment pouvez-vous déterminer s'il faut investir davantage dans la prévention ou dans le diagnostic et le traitement des personnes qui se présentent à l'urgence avec des douleurs à la poitrine, que le Dr Keon a passé une bonne partie de sa vie à traiter? Vous n'avez aucune idée. Vous ne savez pas s'il faudrait faire plus de prévention, et vous ne savez certainement pas si les disparités

third of us in this room — are because we are bad at prevention for the disadvantaged groups or because we are bad at diagnosis and treatment. We have some data on the latter, thanks to the good work at ICIS and others, but we could fix this. This is not difficult to do record linkage on. A registry would be better, but cancer got to the trough first on registries.

By the way, do you know why that is? Do you know why we collect current data on only one major disease, cancer? The pathologists realized it would actually be a bad thing for there not to be quality control on people having a cancer diagnosis. They very far-sightedly insisted 30 years ago that registries be created so that the evidence that a person has cancer would be standardized and pulled in from every part of their medical chart: pathology, surgical biopsy specimen, lab tests, imaging tests. It is brilliant; however, it is not done for any other major disease. If the disease is not always admitted with the person alive, you cannot use hospitalization data.

What would it look like if we did put the data together and got some sense of how many people have heart disease in a given moment, which is slightly different from how many people are getting it, which we call prevalence? The Manitoba centre has tried this. They can do that because they can pull out the drug data, as many drugs are specific for cardiovascular disease. They show that those death rates have been coming down for almost 60 years, but the number of people each year with the disease is the same every year. That is because, of course, we are keeping people alive longer.

The bill cannot go down because the bill is driven by all these drugs. They are the number one class of drugs, costing us more than everything else put together. You are on hypertensives for the rest of your life, any hypertensives. You are on that that statin for the rest of your life.

The bottom line is, we are not even in the driver's seat on this, and it is mostly a federal-provincial-territorial dispute. It needs to be pulled into some kind of a common, overarching structure. Statistics Canada could do a lot, and CIHI can do a lot, but they need to be given the power to do so.

I will finish with this: It is great that we do have very good quality data on smoking — self-reported, but pretty good. We are now getting measures in the Canadian Health Measures Survey; we will have some other measures from people, urinary cotinine and other things, to make sure we are getting the full picture of their smoking status. Smoking is by far the most important

sur le plan de la santé — un facteur encore prépondérant quant aux maladies cardiovasculaires, un fléau qui tuera un tiers d'entre nous dans cette salle — sont toujours aussi présentes parce que nous ne faisons pas assez de prévention auprès des groupes défavorisés ou parce que nous devons améliorer nos techniques de diagnostic et de traitement. Nous détenons certaines données sur ce dernier facteur, grâce au bon travail de la compagnie Isis et d'autres, mais nous pouvons remédier à la situation. Ce n'est pas compliqué de faire le couplage des dossiers. Il serait préférable d'établir un registre, mais la recherche sur le cancer a accédé en premier à l'assiette au beurre.

En passant, savez-vous pourquoi la situation est ce qu'elle est? Savez-vous pourquoi nous recueillons actuellement des données sur une seule grande maladie, le cancer? Les pathologistes se sont rendu compte qu'il serait inapproprié qu'aucun contrôle de la qualité ne soit assuré auprès des patients chez qui on avait diagnostiqué un cancer. Il y a 30 ans, ils ont fait preuve d'une grande vision en insistant pour que l'on crée des registres permettant de normaliser et de consigner les données recueillies sur les patients atteints de cancer au moyen de différents examens : pathologie, biopsie chirurgicale, tests en laboratoire, tests d'imagerie. C'est brillant; toutefois, on ne le fait pour aucune autre maladie grave. Si la maladie n'est pas diagnostiquée pendant que la personne est en vie, les données sur les hospitalisations ne servent à rien.

Quel portrait obtiendrait-on si on réunissait toutes ces données pour nous faire une idée du nombre de personnes souffrant de maladies cardiaques au cours d'une période donnée, ce qui est légèrement différent du nombre de personnes qui en ont souffert à un moment ou un autre de leur vie, ce qu'on appelle la prévalence? Le centre du Manitoba a fait l'exercice. C'est possible parce qu'il peut aller chercher les données sur les médicaments, car beaucoup sont prescrits exclusivement pour les maladies cardiovasculaires. Ces données indiquent que les taux de décès diminuent depuis une soixantaine d'années, mais que le nombre de personnes souffrant de maladies cardiaques reste le même d'année en année. Une conclusion qui s'explique par le fait que l'on garde les patients en vie plus longtemps.

Les coûts ne peuvent pas diminuer, parce que ce sont tous ces médicaments qui font grimper la facture. Il s'agit de médicaments de première classe, qui nous coûtent plus que tout le reste mis ensemble. Des patients doivent prendre des médicaments contre l'hypertension toute leur vie. Certains doivent prendre de la statine pour toujours.

Au bout du compte, nous ne tenons même pas les commandes dans cette affaire, et c'est en grande partie un différend fédéral-provincial-territorial. Il faudrait établir une structure commune et globale. Statistique Canada pourrait en faire beaucoup, l'ICIS aussi, mais il faut leur donner le pouvoir d'agir.

Je terminerai avec ceci : il est formidable que nous ayons des données d'excellente qualité sur le tabagisme — déclarées par les répondants eux-mêmes, mais très bonnes tout de même. Nous avons maintenant différentes mesures grâce à l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, et nous en obtiendrons d'autres auprès de la population, entre autres par le dosage de la

premature unnecessary cause of death. It is important that we understand not only that but also the dynamics of who is quitting and starting every year by age, by gender, by social class and by location. Those are the determinants.

If you could stop people from smoking until the age of 21, 95 per cent of them will never smoke through the rest of their lives. That is not such a hard window to hit, is it? Surely we could get that right. However, we do not disaggregate the data by who is starting and quitting and what the recent dynamics have been. That is the first problem.

The second problem is that we have not systematically collected what the British have done. The reference is the very last graph. They have 50 years of time series by social class. The picture it shows, in this case for women, is not a pretty one. It shows that whereas women in the various social classes in the U.K. all smoked about the same in 1955, poor women and women who are less educated now smoke four times as much as the most educated and wealthy women. I am sure it is no different here, and maybe worse in some communities.

Those are the kinds of data we need. Without them, and without your support as a subcommittee to make the right sorts of investment, we will not be able to steer the ship.

Marc Brooks, Director General, Community Development Branch, Socio-economic Policy and Regional Operations, Indian and Northern Affairs Canada: I would like to thank the chair and committee members for the opportunity to provide an update from my last report that I gave last April. I will primarily touch on housing and water as they relate to the social determinants of health for First Nations people living on reserve and will comment on how I believe our work contributes to tracking health outcomes and supporting research on interventions to enhance the health of the population.

Perhaps one of the ways in which Indian and Northern Affairs Canada, INAC, most directly influences population health stems from our continued effort to improve access to safe drinking water in First Nations communities. I recognize there are many other determinants, but I will focus on the basic ones that I am involved with.

Last year, when I addressed the committee I spoke about our department's activities to improve access to clean, safe drinking water in First Nations communities. I reported at that time that the number of First Nations communities with water treatment

cotinine urinaire, pour veiller à ce que nous ayons un portrait complet de la consommation de tabac. Le tabagisme est de loin la plus importante cause de décès prématuré et inutile. Il est important de comprendre cette réalité, mais aussi de savoir qui commence à fumer et qui délaisse la cigarette chaque année, par groupe d'âge, par sexe, par classe sociale et par région. Ce sont là les différents déterminants.

Si on arrivait à empêcher les gens de fumer jusqu'à l'âge de 21 ans, 95 p. 100 d'entre eux ne prendrait jamais cette habitude de leur vie. Ce n'est pas un créneau trop difficile à cibler, n'est-ce pas? Je suis persuadé que nous pouvons y arriver. Toutefois, nous ne découpons pas les données de façon à savoir qui commence à fumer et qui arrête de fumer et quelles sont les dernières tendances. C'est le premier problème.

Le deuxième, c'est que nous n'avons pas systématiquement recueilli les mêmes données que les Britanniques. On retrouve les références à la toute dernière page. En Grande-Bretagne, on dispose d'une série de données groupées par classe sociale qui s'échelonnent sur 50 ans. Ces données laissent deviner une situation peu reluisante, pour les femmes dans ce cas-ci. On constate que si les femmes, toutes classes sociales confondues, avaient une consommation de tabac semblable en 1955, aujourd'hui, les femmes défavorisées et celles qui ont un niveau de scolarité moindre fument quatre fois plus que les femmes les mieux nanties et éduquées. Je présume que l'on pourrait faire les mêmes constatations ici, et peut-être obtenir des résultats plus inquiétants encore dans certaines communautés.

Voilà le genre de données dont nous avons besoin. Sans elles, et sans l'appui de ce sous-comité pour bien diriger les investissements, nous ne serons pas en mesure de prendre les choses en main.

Marc Brooks, directeur général, Direction générale du développement communautaire, Politiques socio-économiques et opérations régionales, Affaires indiennes et du Nord Canada : Je tiens à remercier le président et les membres du comité de m'avoir permis de venir faire le point sur mon dernier rapport, que j'ai présenté en avril. Je parlerai principalement des conditions d'habitation et de l'approvisionnement en eau, qui influent sur les déterminants sociaux de la santé chez les communautés des Premières nations vivant dans les réserves. Je ferai également quelques observations quant à la façon dont notre travail contribue à suivre l'évolution des résultats en matière de santé et à soutenir la recherche sur les interventions afin d'améliorer la santé de la population.

Une des façons dont le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, le MAINC, peut influencer le plus directement sur la santé de la population réside dans nos efforts continus pour améliorer l'accès à l'eau potable au sein des communautés des Premières nations. Je reconnais qu'il y a bien d'autres déterminants, mais j'insisterai sur les déterminants fondamentaux dont je m'occupe.

L'an dernier, lorsque j'ai témoigné devant ce comité, j'ai parlé des activités de notre ministère visant à permettre aux communautés des Premières nations d'accéder plus facilement à de l'eau potable propre et sûre. J'avais alors indiqué que le

systems classified as high risk had been reduced from 193, in the year 2003, to 97. In that context, high risk means primarily that there is no built-in redundancy or backup, so if something goes wrong, the probability of being able to correct it to ensure that the drinking water is safe is extremely low. Over the past year we have been able to further reduce this number to 85. In addition, the number of First Nations operators who have achieved what we refer to as first level or greater certification for water treatment operators has increased to 41 per cent. I realize this number looks a little low, but this is actually starting to be an improvement. This is one area that is in extremely high demand across the country. Water treatment operators are in extremely high demand, and we are having a rough time retaining them in many communities. They are leaving for greener pastures.

[*Translation*]

At the beginning of April, the Minister of Indian and Northern Affairs announced the next step in our plan to ensure that safe drinking water is made available to all First Nations. He outlined a plan, and \$330 million in additional funding, for the First Nations Water and Wastewater Action Plan.

[*English*]

A key part of that plan will be to conduct a national assessment of all water and waste water systems in First Nations communities across the country. This assessment will help provide us with a big-picture view of all drinking water systems and help determine what type of investments need to be made in communities. The results of the assessment will be made public next year and will provide the foundation upon which future water and waste water investment decisions will be made.

[*Translation*]

We all know how important it is to have properly trained and certified individuals operating these water treatment facilities. Qualified operators not only ensure that residents receive a safe supply of water, but they also play an important role in preserving the infrastructure assets. Consequently, we have doubled the scope of the Circuit Rider Training Program, which provides hands-on training for water operators in their community by certified professionals.

[*English*]

Moving forward, INAC plans to promote the construction of water systems that are within the technical, financial and managerial capacities and capabilities of the community to operate them, thereby reducing the overall health risk long term.

Many rural and small-town Canadian homes rely upon individual wells and septic systems for their water and waste water needs. Over the past several years, the trend in First Nations communities had been more to deploy centralized piped

nombre de communautés des Premières nations desservies par un système de traitement des eaux à haut risque était passé de 193, en 2003, à 97. Dans ce contexte, on juge à haut risque les systèmes qui ne sont pas dotés d'un mécanisme auxiliaire automatique; donc, si quelque chose tourne mal, il est très peu probable que l'on puisse corriger la situation pour s'assurer que l'eau est bonne à boire. Au cours de la dernière année, nous avons réussi à réduire ce nombre à 85. De plus, la proportion d'opérateurs des installations de traitement de l'eau à avoir obtenu une certification de niveau I est passé à 41 p. 100. Je comprends que ce chiffre semble peu élevé, mais c'est en fait un pas en avant. C'est un secteur pour lequel on a extrêmement de difficulté à répondre à la demande partout au pays. Il n'y a pas suffisamment d'opérateurs au traitement de l'eau et nous avons du mal à les garder en poste dans bien des communautés. Ils partent à la recherche de meilleures conditions.

[*Français*]

Au début d'avril, le ministre des Affaires indiennes et du Nord Canada a annoncé la prochaine étape du plan d'assainissement de l'eau potable dans toutes les communautés des Premières nations. Le plan prévoit un financement additionnel de 330 millions de dollars pour le plan de gestion de l'eau et des eaux usées des Premières nations.

[*Traduction*]

L'évaluation à l'échelle nationale de tous les systèmes d'aqueducs et d'égouts dans les collectivités des Premières nations est un élément clé de ce plan. Cette évaluation nous permettra d'avoir une vue d'ensemble des systèmes d'approvisionnement en eau potable et de décider des investissements à effectuer dans les communautés. Les résultats de l'évaluation seront rendus publics l'an prochain, et ils orienteront les décisions futures touchant les investissements dans les systèmes d'approvisionnement en eau et de traitement des eaux usées.

[*Français*]

Nous savons tous à quel point il est important d'assurer une permanence bien formée et certifiée dans les installations de traitement des eaux. Non seulement les opérateurs qualifiés assurent un approvisionnement sûr aux résidents, mais ils veillent aussi à la conservation des infrastructures. Nous avons doublé le mandat du programme des formateurs itinérants, grâce auquel les opérateurs reçoivent une formation pratique dans leurs communautés et auprès des professionnels certifiés.

[*Traduction*]

Dorénavant, AINC compte promouvoir la construction de systèmes conformes aux ressources techniques, financières et administratives des communautés auxquels ils sont destinés, de manière à réduire les risques à long terme pour la santé.

La plupart des habitations rurales au Canada sont dotées de puits et d'installations septiques. Ces dernières années, les communautés des Premières nations se sont mises à s'équiper de systèmes centraux de canalisations. Mon ministère élabore

systems. My department is currently developing clear standards to guide First Nations communities in the planning, design and operation of smaller water and waste water systems, such as individual wells and septic systems, where appropriate and feasible. Onsite water and waste water systems also provide a more cost-effective solution, which is critical given the finite resources available for community infrastructure.

Finally, INAC and Health Canada have committed to engaging First Nations communities, the regional and national organizations, and provincial and territorial governments on the creation of a federal legislative framework for drinking water and waste water on reserve. Legislation would provide the Government of Canada with the authority to fill the regulatory gap that currently exists between on- and off-reserve water systems. This important step will provide First Nations communities with the same level of water system protection that is currently available to all other Canadians.

[Translation]

Now I would like to speak about the Government of Canada's role in First Nations' housing, which includes new construction, renovations, social housing, capacity development and other housing-related activities. The Government of Canada is an important player in this area, but it is also working to make its contribution more effective.

[English]

The government has committed to reviewing INAC's 1996 On-Reserve Housing Policy. Key to this review is the recognition that communities vary in their ability to provide good housing to their members. The goals of the renewed policy are to ensure that housing support reaches those in greatest need and that the full range of housing opportunities, including market-based housing or private home ownership, becomes more attainable to many First Nations members.

The recently announced \$300-million First Nations Market Housing Fund will support First Nation home ownership on reserve and expand community members' control over housing. The fund will be governed by a board of trustees drawn from three areas: First Nations, the private sector financing community and the federal government. After a publicly advertised process, the trustees have now been appointed. They recently convened their first meeting and have approved the access criteria and operating parameters of the fund. The fund is slated to be open for business shortly. In fact, it will be announced next week, in May 2008.

Market housing can bring many benefits to First Nations communities and individuals, including employment growth, based on new home construction, a reduction in housing shortages, pride of ownership and the means to build equity and generate wealth. It can lead to improved housing quality and,

présentement des normes claires pour guider les Premières nations dans la planification, la conception et l'exploitation de plus petits réseaux d'égouts et d'alimentation en eau, tels que les fosses septiques et les puits, lorsque c'est possible. Les systèmes d'approvisionnement en eau potable et de traitement des eaux usées constituent une solution plus rentable, ce qui est d'autant plus important que le financement des infrastructures est limité.

Enfin, AINC et Santé Canada se sont engagés à faire participer les communautés des Premières nations, les organisations régionales et nationales, ainsi que les gouvernements provinciaux et territoriaux à la création d'un cadre fédéral législatif sur l'eau potable et les eaux usées dans les réserves. Une mesure législative donnerait au gouvernement du Canada le pouvoir de combler l'écart dans la réglementation actuelle entre les réseaux d'alimentation en eau dans les réserves et à l'extérieur. Cette étape importante permettra de protéger la salubrité de l'eau dans les communautés des Premières nations au même titre que partout ailleurs au Canada.

[Français]

Je voudrais maintenant parler du rôle du gouvernement du Canada dans le dossier du logement des Premières nations qui comprend les nouvelles constructions, les rénovations, le logement public, le développement des compétences et d'autres activités liées au logement. La contribution du gouvernement à ce chapitre est importante, mais il cherche des façons de la rendre aussi plus efficace.

[Traduction]

Le gouvernement s'est engagé à revoir la politique d'AINC de 1996 relative au logement dans les réserves. Ce faisant, il reconnaîtra que toutes les communautés ne disposent pas des mêmes ressources pour offrir des logements convenables à leurs membres. La nouvelle politique vise à aider ceux qui en ont le plus besoin, et à ce que les Premières nations aient davantage accès à toutes les options possibles, y compris aux logements du marché ou à l'accession à la propriété.

Le Fonds de 300 millions de dollars d'aide au logement du marché des Premières nations dont la création a été annoncée récemment favorisera l'achat d'habitations dans les réserves et offrira davantage d'autonomie en matière de logement aux membres des communautés. Le fonds sera géré par un conseil d'administration regroupant des représentants des Premières nations, du secteur privé des finances et du gouvernement fédéral. Ces membres ont été désignés au terme d'un processus de sélection public. Ils ont tenu récemment leur première réunion, au cours de laquelle ils ont approuvé les critères d'accès et les paramètres de fonctionnement du fonds, qui devrait être fonctionnel en mai 2008.

Le système de logement du marché peut procurer de nombreux avantages aux communautés des Premières nations, en créant notamment des emplois dans le secteur de la construction résidentielle, en réduisant la pénurie de logements, en donnant un sentiment de fierté aux propriétaires et en leur offrant les

therefore, improved quality of life. The market housing fund will assist with the generation of 25,000 housing units over the next 10 years.

[Translation]

Increasing the availability of homes in First Nations has to be supported by maintaining the existing housing stock. Mould in homes presents a great risk to First Nations' health and safety. In general, mould is more prevalent on reserve due mainly to overcrowding, poorly constructed houses, a lack of appropriate maintenance, chronic flooding, and inadequate ventilation.

[English]

The First Nations indoor air quality committee, with representatives from INAC, Health Canada, Canada Mortgage and Housing Corporation and the Assembly of First Nations, developed a national mould strategy in partnership with many key First Nations stakeholders. The strategy includes such activities as an awareness campaign, technical training, community self-assessment and an identification process to assist First Nations experiencing critical mould problems in their respective communities.

Just as the committee emphasizes the potential of raising public awareness about, and education on, population health issues, Indian and Northern Affairs Canada has been active in raising public awareness on the living conditions and challenges affecting the well-being of First Nations. Our department is proud to be one of the sponsors of *Closer to Home*, a six-part documentary series that takes viewers into reserves across Canada to experience home, housing and life from a uniquely First Nations point of view. One of the goals of this series is to generate among the public, First Nations and non-First Nations, a more balanced understanding of what conditions create and sustain good health.

[Translation]

I would also like to focus on how our current work contributes to strengthening the intersectoral action proposed by the committee, and to the establishment of the population health database.

[English]

Indian and Northern Affairs Canada recognizes the gravity of complex social, economic and health challenges experienced by many First Nations and the need for equally comprehensive interdisciplinary responses to these challenges. By partnering with other federal departments, such as Health Canada, and learning from successful, traditional, holistic approaches adopted by First Nations themselves, the department is developing innovative

moyens d'accroître leurs actifs et de créer de la richesse. On pourra ainsi améliorer la qualité des logements et la qualité de vie dans les réserves. Le Fonds de logement du marché des Premières nations permettra de financer 25 000 nouvelles unités d'habitation d'ici 10 ans.

[Français]

Pour accroître la disponibilité de logements dans les communautés des Premières nations, il faut maintenir les niveaux actuels de logement. La moisissure dans certaines demeures est une menace à la santé et à la sécurité des Premières nations. Cette moisissure est plus répandue dans les logements des réserves en raison du nombre d'habitants qui s'y entasse, de la mauvaise qualité des bâtiments, du manque d'entretien, des inondations chroniques et du manque d'aération.

[Traduction]

Le comité des Premières nations sur la qualité de l'air intérieur, regroupant des représentants d'AINC, de Santé Canada, de la Société canadienne d'hypothèques et de logement et de l'Assemblée des Premières Nations, a mis sur pied une stratégie nationale de lutte contre la moisissure, en partenariat avec de nombreux intervenants clés des Premières nations. Cette initiative prévoit des activités telles qu'une campagne de sensibilisation, des formations techniques et un processus d'autoévaluation et d'identification conçu pour les Premières nations qui sont aux prises avec de graves problèmes de moisissure dans leurs communautés.

Tout comme le comité cherche à sensibiliser la population aux questions relatives à la santé, le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien tente de lui faire prendre conscience des conditions de vie et des problèmes qui ont une incidence sur le bien-être des Premières nations. Notre ministère est fier d'être l'un des commanditaires de *Closer to Home*, un documentaire en six épisodes qui présente aux téléspectateurs la vie dans les réserves au Canada du point de vue particulier des Premières nations. L'un des buts de cette télésérie est d'offrir au public canadien un portrait plus fidèle des conditions essentielles à la santé.

[Français]

Je souhaite aussi souligner comment nous contribuons aux mesures intersectorielles préconisées par le comité ainsi qu'à la constitution de la base de données sur la santé de la population.

[Traduction]

Affaires indiennes et du Nord Canada reconnaît la gravité des difficultés sociales, économiques et sanitaires auxquelles beaucoup de communautés doivent faire face, de même que la nécessité d'appliquer des solutions globales et multidisciplinaires. En travaillant en partenariat avec d'autres ministères fédéraux, notamment Santé Canada, et en s'inspirant des méthodes holistiques et traditionnelles efficaces des Premières nations, le

policy and comprehensive community planning approaches to provide effective supports to First Nations communities in crisis.

With respect to the recommendations pertaining to data and research, we fully endorse the idea that improved data transfer and housing management practices are critical to increasing the numbers of better-maintained, healthier and safer homes on reserves.

INAC has developed an integrated capital management system that enables more effective and efficient collection, monitoring and reporting of all capital activities on the reserve, including housing, water infrastructure, community-built buildings, and management of these assets. The system can feed into a comprehensive health database by contributing data on how community infrastructure and its management affect health and well-being of Aboriginal Canadians. It will also be a source of focused information to support First Nations health research in such areas as drinking water and indoor air quality.

Further, our research and analysis directorate will be updating the First Nations Community Well-Being Index, which uses data from the census. Currently, the First Nations Community Well-Being Index tracks trends at the community level from 1981 to 2001. It is currently being updated to reflect the findings of the 2006 Census. This cross-sectional and longitudinal index includes data on educational attainment, labour force activity, income and housing quality. Components of the index measure the social determinants of health and well-being.

In conclusion, our vision is that Aboriginal Canadians, including First Nations, will have the same opportunities as other Canadians. We realize that despite our progress, there remains much to be done. Through this presentation, I have shared what I believe will serve to bring this vision closer to reality and will contribute to improving population health among First Nations people.

The Chair: Thank you all very much. I will now bring you back to the first possible option. Perhaps my question should be broken into two parts, so just tell me that as I put the question forth.

When it comes to expanding and enriching the population health database, I see a couple of components. First, we have some great databases — there is no question about it — such as Statistics Canada and the new CIHI initiative with the Canadian Population Health Initiative. The new Public Health Agency of Canada has a lot of data. I had the privilege of seeing some of it. Then, of course, we have the Canada Health Infoway, which is still in a gestation period, and all the provincial databases. If we could find an overarching way to get these pockets of information together, we would have good information on population health.

ministère élabore des politiques innovatrices et des plans communautaires exhaustifs qui apportent un soutien adéquat aux communautés en crise.

En ce qui concerne les recommandations relatives aux données et à la recherche, nous sommes tout à fait d'accord qu'il est essentiel d'améliorer l'échange de données et les pratiques de gestion des logements pour accroître le nombre d'habitations bien entretenues, salubres et sécuritaires dans les réserves.

AINC a créé un système intégré de gestion des immobilisations qui facilite la collecte de données, le suivi et les rapports de toutes les activités liées aux immobilisations dans les réserves, y compris celles qui concernent le logement, les infrastructures hydrauliques, les structures communautaires et la gestion des biens de la communauté. Ce système peut s'intégrer à une base de données globale sur la santé en fournissant des données sur la façon dont les infrastructures et leur gestion peuvent influencer la santé et le bien-être des Autochtones canadiens. Il peut aussi être une source de données précises à l'appui des recherches sur l'eau potable et la qualité de l'air intérieur dans les communautés des Premières nations.

De plus, notre division de la recherche et de l'analyse procédera à une mise à jour de l'Indice du bien-être des collectivités des Premières nations, qui s'appuie sur les données du recensement. Actuellement, l'indice illustre les tendances au sein des communautés de 1981 à 2001. Une fois la mise à jour terminée, il tiendra compte des résultats du recensement de 2006. Cet indice intersectoriel et longitudinal comprend des données sur les niveaux d'instruction atteints, les activités de la main-d'œuvre, le revenu et la qualité des logements. Les composants de l'indice servent à évaluer les déterminants sociaux de la santé et du bien-être.

Pour conclure, nous estimons que les Autochtones au Canada, y compris les membres des Premières nations, doivent jouir des mêmes privilèges que tous les autres Canadiens. Nous savons qu'en dépit des progrès réalisés, il reste beaucoup à faire. Au moyen de cette présentation, j'ai tenté de vous faire part des initiatives qui nous aideront à améliorer la santé des Premières nations.

Le président : Merci beaucoup à tous. Je vais maintenant revenir sur la première option possible. Je devrais peut-être diviser ma question en deux; vous n'aurez qu'à me le dire.

En ce qui concerne l'enrichissement de la base de données sur la santé de la population, je vois différentes composantes. Premièrement, nous avons sans contredit de grandes bases de données, comme celles de Statistique Canada et de l'ICIS avec l'Initiative sur la santé de la population canadienne. Celle de l'Agence de la santé publique du Canada contient également beaucoup de renseignements. J'ai eu le privilège de la consulter. Nous avons aussi, bien sûr, l'Inforoute santé du Canada, qui est encore en phase de conception, ainsi que toutes les bases de données provinciales. Si nous pouvions trouver un moyen de

The health component of it seems doable, if we could find the right way to accomplish this.

Let us move over to the other determinants that Mr. Brooks was talking about, such as water, food, housing, and so on. That is why I said there are probably two components to this question. Maybe we should address the health component first and then come back and see how we can pull the other eleven determinants into the database.

Could all the witnesses have a go at the question of whether we need something new and whether the resources are there in the existing resources? Is it just a question of how they can be integrated and made to talk to each other? Who has the tremendous wisdom to tackle that question?

Mr. Halliwell: I will address something that has bothered me for some time here, which I think could be a framework for this question. I saw it when I was in the United States, in Washington, talking with them about the work they do. It deals with how we do risk management in privacy in the field of research in Canada. I have written about this in *Horizons*, a Policy Research Initiative publication. We fail to make a distinction between a data set that has many individual identifiers, which is how most people think of protected personal information, and a data set that is stripped of those kinds of identifiers but has a reasonable amount of detail about the individual records in that data set. There is a minuscule risk that, as researchers, we will look at an individual record and say, "I think I know who that is. I know more about them than I otherwise would." If I describe it that way, and if I were to show you the kind of data set that one is talking about, it would not look like personal information. However, we have interpreted personal information to encompass all of that in one standard of a high degree of risk protection. Therefore, we are under-exploiting this data.

In contrast, in the United States they will strip the identifiers out of the data and do some aggregation of the data, but they do not reduce literally to zero the risk that, poring through the 3,000 records in the Canadian Community Health Survey, for example, you would discover your neighbour. That we do so in Canada has become a barrier to our capacity to do research in this domain. We are not doing the risk management of de-identified data sets used for research purposes, and it becomes a big cross. It results in data sets that are aggregated in such a way, often by geography, that even the capacity to not necessarily match things up individual by individual but by smaller, finer units of geography is difficult to manage.

regrouper toutes ces informations, nous aurions un excellent accès aux renseignements concernant la santé de la population. Cela pourrait être possible pour la composante de la santé, si nous pouvions trouver une bonne façon de le faire.

Passons maintenant aux autres déterminants dont M. Brooks a parlé, comme l'alimentation en eau, la nourriture, le logement, et cetera. C'est la raison pour laquelle je disais qu'il y a probablement deux volets à cette question. Nous devrions peut-être parler de la santé en premier, puis nous pencher sur la façon d'intégrer les onze autres déterminants à la base de données.

Les témoins pourraient-ils tous se prononcer sur la question à savoir s'il nous faut quelque chose de nouveau, et s'il y a déjà tout ce qu'il faut dans les ressources existantes? S'agit-il seulement de la manière de les intégrer et de les faire communiquer entre elles? Qui aura la grande sagesse de répondre?

M. Halliwell : Je vais traiter d'un aspect qui me dérange depuis un certain temps, et qui, je crois, pourra servir de cadre à cette question. Je l'ai constaté alors j'étais aux États-Unis, à Washington, en discutant avec les Américains du travail qu'ils effectuent. Il s'agit de la manière dont nous gérons les risques en matière de protection des renseignements personnels dans le milieu de la recherche au Canada. J'ai écrit là-dessus dans *Horizons*, une publication du Projet de recherche sur les politiques. Nous n'établissons pas de distinction entre un ensemble de données qui comporte de nombreux identifiants individuels — ce qui correspond à la manière dont la plupart des gens conçoivent la protection des renseignements personnels — et un ensemble de données d'où ces types d'identifiants ont été prélevés, mais qui renferment une quantité raisonnable de détails sur les antécédents personnels. Il existe un minuscule risque qu'en tant que chercheurs, nous examinons un dossier individuel en disant : « Je crois savoir de qui il s'agit. J'en sais plus sur cette personne que je n'en aurais su autrement ». Si je vous fais cette description, et que je devais vous montrer le type d'ensemble de données dont on parle, cela ne ressemblerait pas à de l'information personnelle. Toutefois, nous avons interprété les renseignements personnels de façon à ce que tous ces éléments soient englobés dans une norme élevée de protection contre les risques. Par conséquent, nous sous-exploitions ces données.

À l'inverse, aux États-Unis, on retirera les identifiants des données et on effectuera une certaine agrégation des données, mais les Américains ne réduisent pas littéralement à zéro un risque tel que, par exemple, en écumant les 3 000 dossiers de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, on tombe sur son voisin. Le fait que nous le fassions, au Canada, est devenu un obstacle à notre capacité d'effectuer de la recherche dans ce domaine. Nous ne gérons pas les risques relatifs à des ensembles de données anonymisées utilisées à des fins de recherche, et cela devient lourd à porter. Il en résulte des ensembles de données agrégées de telle manière, souvent en fonction de la géographie, que même la capacité d'établir la correspondance entre les données, pas nécessairement de personne à personne, mais en fonction d'unités géographiques plus petites, plus fines, est difficile à gérer.

We do have one out in this regard when dealing with individual data sets — for example, data contained in the Canadian Community Health Survey — and that is the wonderful work that Statistics Canada and the Social Sciences and Humanities Research Council have done in getting those micro data sets into Statistics Canada university research data centres, where Canada's researchers now have access to a wealth of data that was almost unheard of 15 years ago and can work with the kind of micro-level data that Dr. Frank described. However, as we try to knit these disparate data sources together, if we have this incredibly low tolerance for any sense of a risk of privacy loss, it may be an insurmountable barrier.

The Chair: Mr. Wolfson, who is equipped to deal with that?

Mr. Wolfson: There is no simple answer to that. I will comment on that as it is posed on page 12 in two ways: first, with respect to existing information flows and the way the status quo is likely to evolve; and second, with emerging things that should occur.

I would like to say that Statistics Canada can do everything, but that is not true. If we go back before the birth of CIHI, to the task force report that gave rise to it, the task force concluded, first, that our health information system was in a mess. It has improved considerably since then, but the report proposed a health information coordinating council. For better or for worse, that has not come to pass. We have the board of the Canadian Institute for Health Information. The other organizational recommendation made was to create CIHI, which was an amalgam of what used to be at Statistics Canada and part of what used to be at Health Canada, plus two predecessor organizations, one dealing with hospital patient data and the other with financial data.

The appreciation in the early 1990s was that the players are so disparate that they would include not only federal government departments but also provincial ministries and hospitals. Each group has important parts of the story but not the whole thing. Somehow, there is a need to bring them together.

The CIHI board has done a wonderful job, but it is legally the board of the private non-profit corporation that is CIHI. While it is good representation, I do not know whether it is the right organization to take that on. Consequently, we have a gap. There was the National Forum on Health and then a committee on information appointed by the Minister of Health in 1997, which led to the birth of the Canada Health Infoway. There were several efforts over the 1990s to come to grips with this, but none of them

De fait, nous avons quelque chose qui existe en ce qui concerne les ensembles individuels de données — par exemple, les données contenues dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes —, et il s'agit du merveilleux travail accompli par Statistique Canada et le Conseil de recherches en sciences humaines pour transmettre ces ensembles de microdonnées aux centres de données de recherche universitaire de Statistique Canada. Là, les chercheurs canadiens ont maintenant accès à une mine de renseignements pratiquement inconcevable il y a 15 ans, et peuvent travailler avec le type de microdonnées dont le Dr Frank a fait la description. Toutefois, tandis que nous tentons de mettre ensemble ces sources de données disparates, si nous avons ce niveau de tolérance incroyablement bas pour tout ce qui nous semble présenter un risque sur le plan de la perte de la protection de la vie privée, cela pourrait constituer un obstacle insurmontable.

Le président : Monsieur Wolfson, qui est outillé pour faire face à cette situation?

M. Wolfson : Il n'existe pas de réponse simple à cette question. Je vais me prononcer là-dessus selon la manière dont on présente la question à la page 12, soit sous deux angles : premièrement, les échanges d'information existants et la manière dont le statu quo est susceptible d'évoluer; et deuxièmement, les nouvelles questions qui devraient surgir.

J'aimerais être en mesure de dire que Statistique Canada peut tout faire, mais ce n'est pas vrai. Si nous remontons à l'époque avant la naissance de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou ICIS, et au rapport du groupe de travail qui lui a donné lieu, ce groupe de travail avait conclu, premièrement, que notre système de renseignements sur la santé était sens dessus dessous. Il s'est amélioré considérablement depuis, mais le rapport avait proposé un conseil de coordination des renseignements sur la santé. Pour le meilleur ou pour le pire, cette recommandation n'a pas été adoptée. Nous avons le conseil de l'ICIS. L'autre recommandation d'ordre organisationnel était de créer l'ICIS, un amalgame de ce qu'il y avait à Statistique Canada et d'une partie de ce qu'il y avait à Santé Canada, en plus de plus deux organismes prédécesseurs, l'un traitant de données sur les malades et l'autre, de données financières.

Au début des années 1990, on avait évalué que les intervenants étaient si disparates qu'ils n'incluaient pas seulement les ministères fédéraux, mais également les ministères provinciaux et les hôpitaux. Chaque groupe a un rôle important à jouer, mais aucun ne se charge de tout. D'une manière ou d'une autre, il est nécessaire de les rassembler.

Le Conseil de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou ICIS, a fait un merveilleux travail, mais il est légalement le conseil de l'entreprise privée sans but lucratif qu'est l'ICIS. Bien qu'il s'agisse là d'une bonne représentation, j'ignore s'il est l'organisme indiqué pour s'en charger. En conséquence, nous avons une lacune. Il y a eu le Forum national sur la santé, puis un comité sur l'information nommé par le ministre de la Santé, en 1997, qui a mené à la naissance de l'InfoRoute Santé du Canada. Plusieurs

succeeded. Bringing all of these things together is an organizational challenge.

I agree with Mr. Halliwell that this privacy thing has swung too far over to one side. It is bottlenecking a lot of good potential work.

Statistics Canada used to work directly with the provinces and a lot of data flowed directly to us. With the creation of CIHI, however, the world changed. To eliminate overlap and duplication, they would flow the data to CIHI and then to us, but that has not worked famously. We have reopened discussions with the provinces. Notwithstanding what Mr. Halliwell said, to do the linkages we need the names and addresses. Once we have done the linkages, two or three people need to be able to see that; everyone else does not need to see it. We strip it off so that people have the substantive information without the nominal information. There is a subtle distinction between denominalizing — taking names off — and making things non-identifiable. That is where the risk management comes in. As I said in my remarks, I think Statistics Canada is well positioned, given the Statistics Act, to play an important role on the record linkage end of things and to bring together the vernacular and biomedical worlds.

Another concern is Infoway. I know a number of the people there fairly well, but until a year or so ago they were for good reasons focused entirely on the patient care perspective. It is only in the last year or so that we have had a number of discussions of increasing breadth about what some people call “secondary use.” I do not like that phrase because it connotes that using the data for something other than immediate patient care is of secondary importance, which is not at all true. Because of their legitimate concerns about the public reaction on privacy grounds, they have been leery of venturing into talking about that.

There is a tremendous potential in the design of these systems and the incentives that Infoway is able to give the provinces as they build these systems to say that, “You must be able to do this not only for the immediate patient care but also bearing in mind the tremendous potential population health uses of these data.” I think Infoway would tell you that nobody has told them to do that, that it is not in their mandate. Statistics Canada cannot do that and CIHI cannot do that. The Infoway board presumably has to say that it is not what they were given money to do.

Who should do that? I think the first step is identifying that there is a question there.

We already have informal discussions — for example, amongst CIHI and Statistics Canada and the health council and in the future I think the Mental Health Commission of Canada — where we have tried to agree. We have indeed agreed so far that CIHI

efforts, au cours des années 1990, visaient à s’attaquer à cette question, mais aucun n’a porté ses fruits. Réunir tous ces éléments constitue un défi organisationnel.

Je suis d’accord avec M. Halliwell pour dire que cette question de protection des renseignements personnels est allée trop loin dans un sens. Elle entrave beaucoup de possibilités de bon travail.

Statistique Canada travaillait autrefois directement avec les provinces, et beaucoup de données nous étaient transmises de façon directe. Avec la création de l’ICIS, toutefois, la situation a changé. Pour éliminer les chevauchements et les recoupements, ils transmettaient les données à l’ICIS, et ensuite à nous, mais cela n’a pas très bien fonctionné. Nous avons rouvert les discussions avec les provinces. Malgré ce qu’en a dit M. Halliwell, pour effectuer le couplage des données, il nous faut les noms et les adresses. Une fois ces liens établis, deux ou trois personnes doivent pouvoir voir ces informations; il n’est pas nécessaire que d’autres les voient. Nous retirons des éléments pour que les gens aient l’information importante, sans les renseignements nominaux. Il existe une différence subtile entre dénominaliser — retirer les noms — et rendre les choses non identifiables. Et c’est là qu’intervient la gestion des risques. Comme je l’ai dit dans mes remarques, j’estime que Statistique Canada est en bonne position, compte tenu de la Loi sur la statistique, pour jouer un rôle important au chapitre du couplage des données et pour réunir les mondes vernaculaire et biomédical.

Une autre préoccupation concerne Inforoute. Je connais assez bien un certain nombre de gens à cette société, mais jusqu’à il y a un an environ, l’organisme se concentrait, pour de bonnes raisons, entièrement sur la perspective des soins dispensés aux malades. C’est seulement depuis un an, environ, que nous avons discuté à quelques reprises d’élargir ce que certains appellent l’« utilisation secondaire ». Je n’aime pas cette expression, car elle laisse entendre qu’utiliser les données pour autre chose que les soins immédiats aux patients a une importance secondaire, ce qui est tout à fait faux. En raison de craintes légitimes envers la réaction du public pour des motifs de protection de la vie privée, on a hésité à s’aventurer à en discuter.

Il existe un énorme potentiel sur le plan de la conception de ces systèmes et des incitatifs qu’Inforoute est en mesure d’accorder aux provinces, tandis qu’elles mettent sur pied ces systèmes, afin de leur dire : « Vous devez être capable de le faire, non seulement pour les soins immédiats aux patients, mais aussi en gardant en tête l’immense potentiel d’utilisation de ces données sur le plan de la santé des populations ». Je pense que les gens d’Inforoute Santé vous diront que personne ne leur a demandé d’appliquer une telle mesure, et que cela ne fait pas partie de leur mandat. Statistique Canada ne peut le faire, et l’ICIS non plus. Le conseil d’Inforoute dira probablement que ce n’est pas pour cela qu’on leur a accordé des fonds.

Qui devrait s’en charger? Je pense que la première étape consiste à reconnaître que la question se pose.

Nous avons déjà des discussions informelles — par exemple, entre l’ICIS, Statistique Canada, le Conseil de la santé ainsi que, dans l’avenir, je crois, la Commission de la santé mentale du Canada — où nous avons tenté d’en arriver à un consensus.

and Statistics Canada are principally in the data collection end of things and these other organizations, as they come into being, will not — except under particular circumstances — go out and collect their own data. Rather, they will use the existing infrastructure. Without any explicit coordination or direction, we have informally worked out a *modus vivendi* to try to minimize multiple data collection processes.

What you are hearing from me, Mr. Halliwell and Dr. Frank in particular, at least on the broader level — the Aboriginal issue is a special case — is that there are tremendous opportunities as we move toward more electronic information or as different things come down the road. However, there is no locus for the strategic planning of Canada's information system.

Dr. Frank: I am struggling with the same question. I think it is important to be clear about what is not in place. For example, almost every nation state in Europe, certainly those that do the best job of this sort of data collection, analysis and interpretation for policy purposes, has a national public health institute. They are very different than what I have run for seven and a half years at CIHR, because I have no scientists inside; I have four staff.

I have enjoyed it. It is the best job in Canada for someone with my credentials, but I do not get to do any research inside CIHR because it is not set up for that. Only 6 per cent of its budget is spent on anything other than flow through.

Where is the locus for pulling all this together? First, there is no legal framework to allow any agency or ministry to have the right level of authority to pull it together with the appropriate oversight, including ethical and legal oversight.

Second, it will not even be worth building if you do not attract the best minds. Right now, the best minds want to work in universities or hospital research institutes. They do not want to work in a federal agency. There are a few exceptions, including some at this table.

The younger generation worry that working for government will mean muzzling when there is a problem, when they find something that nobody wants to have aired. We have to change that by creating a structure — maybe a conjoint structure. It must have deep links to all of the structures that we have heard Mr. Wolfson and the others talk about.

We need a structure that has some autonomy. We need strong university appointments and then you can hire smart people to pull together in a mission-driven program — not single investigators at a time picking off what interests them. We do

Jusqu'ici, nous sommes tombés d'accord sur le fait que l'ICIS et Statistique Canada s'occupent principalement de la collecte de données, et que ces autres organismes, à mesure qu'ils voient le jour, n'entreprendront pas — sauf dans des circonstances exceptionnelles — d'aller recueillir leurs propres données. Au lieu de cela, ils utiliseront l'infrastructure existante. Sans aucune coordination ni direction explicites, nous avons élaboré, de manière informelle, un *modus vivendi* pour tenter de réduire les multiples processus de collecte de données.

Ce que vous m'entendez dire, monsieur Halliwell et Dr Frank en particulier, au moins de façon générale — et la question autochtone est spéciale —, c'est qu'il y a des possibilités formidables tandis que nous allons vers des renseignements davantage électroniques, ou que nous attendent diverses choses. Toutefois, il n'y a pas de lieu où l'on est responsable de la planification stratégique du système d'information canadien.

Dr Frank : Je suis confronté à la même question. Je pense qu'il est important de bien comprendre ce qui n'est pas en place. Par exemple, pratiquement tous les États-nations d'Europe, qui sont certainement ceux qui accomplissent le meilleur travail pour ce qui est de ce genre de collecte, d'analyse et d'interprétation de données à des fins de politiques, ont un institut national de santé publique. Ils sont bien différents de ce que j'ai dirigé pendant sept ans et demi, aux Instituts de recherche en santé du Canada, parce que je n'ai aucun scientifique à l'interne; j'ai quatre employés.

J'ai aimé exercer ces fonctions. C'est le meilleur travail que puisse trouver, au Canada, quelqu'un qui a des titres de compétences comme les miennes, mais je n'ai pas l'occasion de faire de la recherche au sein des IRSC, car l'organisme n'est pas conçu à cette fin. Seulement une part de 6 p. 100 du budget des IRSC va à autre chose qu'aux entités intermédiaires.

Qui s'occupe de mettre tout cela ensemble? Premièrement, il n'y a aucun cadre juridique qui permette à une agence ou à un ministère d'avoir le niveau d'autorité approprié pour réunir tout cela en exerçant la surveillance qui convient, y compris une surveillance éthique et juridique.

Deuxièmement, il ne vaudra même pas la peine de mettre sur pied une telle institution si on n'attire pas les meilleurs cerveaux. En ce moment, les personnes les plus brillantes souhaitent travailler dans les universités ou les instituts de recherche médicale. Elles ne veulent pas travailler pour un organisme fédéral. Mais il y a quelques exceptions, dont certaines personnes à cette table.

La jeune génération craint que travailler pour le gouvernement signifiera qu'on sera bâillonné s'il y a un problème, lorsqu'on trouvera une information que personne ne souhaite voir publicisée. Nous devons changer cela en créant une structure — peut-être une structure conjointe. Elle devrait avoir des liens étroits avec toutes les structures dont M. Wolfson et les autres nous ont parlé.

Nous avons besoin d'une structure qui a une certaine autonomie. Il nous faut de solides titulaires en milieu universitaire, puis on pourra embaucher des éléments brillants qui joindront leurs efforts dans un programme axé sur une

that great at CIHR. To get a mission-driven program, you need a governance structure in an actual institution whose job it is to do this for a nation state. I do not see any alternative.

The Chair: What do you mean by “institution” exactly, Dr. Frank?

Dr. Frank: I use it in that broad way that Fraser Mustard uses it. You have to have a structure that has a legal basis for its authority and sufficient autonomy that it can tell the truth to the Canadian people and policy-makers; but it needs to be sufficiently arm’s-length from ministerial work — that is, line ministerial reporting — so that it attracts really smart people who need autonomy or they will not work.

Mr. Wolfson: The system is clearly federal and provincial. That is a major stumbling block in terms of creating an overarching structure of any sort.

The Chair: That is the same as Infoway. You will recall the conversations we all listened to for days as we tried to create Infoway.

We really must address this. I am hoping that we come out of the meeting this evening with some concept that we can enrich. In other words, the resources seem to be there if we could get them together. Is that a reasonable observation? Are you unsure?

Mr. Wolfson: There are several different categories of resources. For example, several of us have made reference to the importance of longitudinal data. I understand we have a cancer cohort at the cost of \$90 million. That is a large resource. It is not clear how much of it will be a population health rather than a genomics-oriented kind of cohort.

Infoway has money to get things started. They are paying a fraction, but the provinces are highly variable in their take-up and which areas they choose to do first.

Everyone will say that standardizing the information collected at the hospital, at the doctor’s office and at the lab is a great idea; but what if you already have a substantial cost sunk into setting up your system in each jurisdiction, and nobody got there early enough to say you should collect the information in this common way?

We take for granted cause of death, because 100 years ago the World Health Organization developed a classification system. When you get into other areas — What is the reason you went to see the doctor? — there are many different classification schemes across the country. Manitoba can do something within Manitoba, but when you want to start comparing across provinces, those things become more challenging.

mission — et non des chercheurs individuels, de manière ponctuelle, qui choisiront ce qui les intéresse. Aux IRSC, nous le faisons très bien. Pour avoir un programme axé sur une mission, il faut une structure de gouvernance dans une véritable institution, qui remplira ce mandat pour un État-nation. Je ne vois aucune autre solution.

Le président : Qu’entendez-vous exactement par « institution », docteur Frank?

Dr Frank : J’utilise cette expression au sens large que lui donne Fraser Mustard. Il faut qu’on ait une structure dont l’autorité s’appuie sur une base légale, et qui a une autonomie suffisante pour pouvoir dire la vérité à la population canadienne et aux décideurs; mais elle doit aussi être assez indépendante du travail ministériel — c’est-à-dire de la voie hiérarchique des ministères responsables — pour pouvoir attirer des gens vraiment brillants qui ont besoin d’autonomie, ou cela ne fonctionnera pas.

M. Wolfson : Le système est clairement de nature fédérale et provinciale. C’est un point d’achoppement majeur pour ce qui est de la création d’une structure générale.

Le président : La même chose vaut pour Inforoute. Vous vous souviendrez tous des conversations que nous avons entendues pendant des jours, alors que nous tentions de créer Inforoute.

Nous devons réellement régler cette question. J’espère que nous sortirons de cette réunion, ce soir, avec un certain concept que nous pourrions enrichir. Autrement dit, les ressources semblent être là, si nous arrivons à les rassembler. Est-ce une observation raisonnable? Avez-vous des doutes?

M. Wolfson : Il y a plusieurs catégories de ressources différentes. Par exemple, certains d’entre nous ont fait allusion à l’importance des données longitudinales. D’après ce que j’ai compris, nous avons une étude par cohortes sur le cancer au coût de 90 millions de dollars. C’est une grande ressource. On ne sait pas vraiment dans quelle mesure il s’agira d’une cohorte axée sur la santé de la population plutôt que sur la génomique.

Inforoute a les fonds pour mettre les choses en branle. L’organisme paie une fraction du coût, mais la participation des provinces et les domaines dont elles choisissent de s’occuper en premier varient considérablement d’une province à l’autre.

Tout le monde dira que normaliser l’information recueillie dans les hôpitaux, les cabinets des médecins et les laboratoires est une excellente idée; mais qu’en est-il si une somme considérable a déjà été engloutie dans la mise en place de chacun des systèmes provinciaux, sans que personne ne se soit présenté assez tôt pour préciser qu’il fallait recueillir l’information selon ce mode commun?

Nous tenons pour acquis les causes de décès, parce qu’il y a 100 ans, l’Organisation mondiale de la santé a mis au point un système de classification. Quand on aborde d’autres domaines — Pour quelle raison avez-vous consulté le médecin?— il existe de nombreux systèmes de classification différents à l’échelle du pays. Le Manitoba peut faire quelque chose à l’intérieur de la province, mais quand on voudra établir des comparaisons entre les provinces, les choses se compliqueront.

Money helps. Where is the incentive to say we would like, at the national level, to incent the provinces not only to develop these systems but to develop them in a way that has standards? Infoway is doing that at quite a range of levels, but from a population health point of view, I do not know that there is enough money. There is no money on the table for that.

In the research area, Mr. Halliwell was talking about doing experiments. Those are very expensive. There is no money for that.

Mr. Halliwell: As an observation on that, in a sense we are holding out this ideal that we would have a pan-Canadian system equivalent to the one that the Manitoba centre put together, but we are feeling like someone needs to take charge of it. If that happened and we could deal with some of the privacy restrictions, maybe we could make it.

My concern is why, with the wonderful example of what has been done in Manitoba, other provincial jurisdictions have not said they want one of those as well and made the investment to make it happen. It has happened in fits and starts; I think British Columbia probably has a good one, but other provinces have not really taken that step.

I am a bit concerned that even with national impetus and the privacy barrier in some sense surmounted, the failure to have 10 of these systems, which would be an enormous step forward from where we are now, might be symptomatic of something profound and deep about our lack of commitment to evidence-based decision making in this particular business.

Senator Eggleton: Dr. Frank, regarding the institute you were talking about a few moments ago, is there a model? I am trying to get a clear understanding of how this would work.

Dr. Frank: I would visit Scandinavia. All the Scandinavian countries have such a structure, where there is a strong intramural program with some of the top minds and strong ties to the university.

I hesitate to add something to the mix. It is duck soup. The list of organizations, agencies, structures, commissions and offices is bewildering, even at the federal level. You can hardly figure out who does what. It is not set up in the best way to secure the right kind of minds, the right data with the links to the policy-makers to ask the right questions.

Have you visited a few Northern and Western European models? It would be worth having a look.

The Chair: We have interviewed them by video conference, but we have not visited.

L'argent aide. Où est l'incitatif pour affirmer que nous voudrions, à l'échelle nationale, encourager les provinces non seulement à mettre au point ces systèmes, mais à le faire d'une manière qui comporte des normes? Inforoute accomplit cela à bien des niveaux, mais dans une perspective de santé de la population, je ne pense pas qu'il y ait suffisamment d'argent. Il n'y a pas d'argent sur la table à cette fin.

Dans le domaine de la recherche, M. Halliwell parlait de faire des expériences. Mais elles sont très coûteuses; il n'y a pas d'argent pour cela.

M. Halliwell : En guise de remarque là-dessus, je dirais que, dans un sens, nous entretenons cet idéal d'avoir un système pancanadien équivalent à celui constitué par le centre manitobain, mais nous avons le sentiment que quelqu'un doit s'en charger. Si cela se réalisait et que nous pouvions composer avec certaines restrictions relatives à la protection des renseignements personnels, peut-être pourrions-nous y arriver.

Ce qui me préoccupe, c'est de savoir pourquoi, avec le merveilleux exemple de ce qui a été fait au Manitoba, les autres gouvernements provinciaux n'ont pas déclaré qu'ils souhaitaient également une institution de ce genre, en faisant les investissements nécessaires pour concrétiser le projet. Cela s'est produit par bribes; je crois que la Colombie-Britannique a probablement un bon organisme, mais les autres provinces n'ont pas réellement pris de mesures en ce sens.

Je suis un peu préoccupé par le fait que, même avec une impulsion nationale et la barrière du privé qui est, dans un certain sens, surmontée, le fait de ne pas réussir à avoir 10 systèmes de ce type — ce qui constituerait un énorme progrès par rapport à la situation actuelle — pourrait être symptomatique d'un réflexe profondément ancré relativement à notre manque d'engagement à l'égard de la prise de décisions fondées sur des preuves dans ce domaine particulier.

Le sénateur Eggleton : Docteur Frank, en ce qui concerne l'institut auquel vous avez fait allusion tout à l'heure, existe-t-il un modèle? J'essaye de bien comprendre comment cela fonctionnerait.

Dr Frank : Je visiterais la Scandinavie. Tous les pays scandinaves ont une telle structure, où un solide programme est mis en œuvre au sein d'une institution qui fait appel à des chercheurs de haut calibre, et qui a des liens étroits avec le monde universitaire.

J'hésite à ajouter quelque chose au mélange. La liste d'organismes, d'agences, de structures, de commissions et de bureaux est ahurissante, même au palier fédéral. On arrive à peine à déterminer qui fait quoi. Ce n'est pas conçu de la meilleure façon pour s'assurer les bons types de cerveaux et les bonnes données, en plus des liens avec les décideurs pour poser les questions qu'il faut.

Avez-vous examiné quelques modèles nord-européens et ouest-européens? Cela vaudrait la peine.

Le président : Nous avons interrogé des responsables de ces modèles par vidéoconférence, mais nous ne les avons pas visités.

Dr. Frank: Do not bother to going to Scotland; they do not have it figured out either, and they have only 5 million people.

The Chair: I get the feeling we are close, whether we advocate the adoption of the Manitoba model or whether we try to create some overarching structure. No delusions, by the way, Mr. Halliwell, I agree.

Senator Cook: From my understanding, you have all of this wonderful data but no one is sure how to use it. Am I correct in thinking that way? I will finish with the second part of my question. It seems there are barriers to progress. Would you like to elaborate what the barriers are and how you would eliminate them, if you had a wish list? We are in a hurry to improve public health for the population of this country to live better lives. We have to eliminate the barriers and develop some realistic processes.

Mr. Wolfson: On your first comment about how to use the data, Mr. Halliwell put his finger on it. It is one thing to be able to describe the problem. We have reasonably good data that tells us at a point in time about the distribution of health status and where the inequities are. It is quite another thing to know what to do about it. The gap that Mr. Halliwell identified in intervention research strikes me as the bottleneck.

One of the barriers is privacy. I hesitate to use the word, but I will say the phrase “privacy chill.” There is a legitimate concern that we have not quite struck the right balance in research, policy analysis and effective communication of information to the Canadian public. I do not want for a moment to minimize the importance of privacy and confidentiality, and certainly at Statistics Canada it is a deep part of our culture to be extremely careful and protective of privacy. However, we have to be able to use these data. As a data analyst, I like to say, “Make the data sing and dance.”

Another barrier, which we just talked about, is the institutional structures. There are many players — federal, provincial and local — and some things are at the discretion of a hospital or regional health board as opposed to a provincial or federal government. All of these players have to have a common view and be willing to work together.

Mr. Halliwell: What you have been after, Dr. Keon, is whether we have the bricks for the wall or are we just missing the mortar. Perhaps that was your question as well, Senator Cook.

My own instincts are that relative to the situation prior to the first Health Information Roadmap, we now have a great deal of bricks. We also have a lot of public support for this kind of thing were we to work around the barriers that come from the elites. For this, I will need help from Mr. Wolfson on the specific statistic. When people fill out their questionnaire for the National Population Health Survey or for the Canadian Community

Dr Frank : Ne vous donnez pas la peine d’aller en Écosse; les Écossais n’ont pas réussi à résoudre la question, eux non plus, alors qu’ils sont cinq millions.

Le président : J’ai l’impression que nous nous en approchons, que nous préconisons l’adoption du modèle manitobain ou que nous tentions de créer une structure générale. Soit dit en passant, je ne m’illusionne pas, monsieur Halliwell. J’en conviens.

Le sénateur Cook : Si je comprends bien, vous avez toutes ces merveilleuses données, mais personne n’est certain de la manière de les utiliser. Ai-je raison de penser ainsi? Je termine avec le second volet de ma question. Il semble y avoir des entraves au progrès. Voudriez-vous nous en dire plus sur la nature de ces obstacles et sur la façon dont vous vous y prendriez pour les éliminer, si vous le pouviez? Il nous tarde d’améliorer la santé publique dans ce pays afin que nous puissions mieux vivre. Nous devons éliminer les barrières et mettre au point des procédés réalistes.

M. Wolfson : Pour ce qui est de votre premier point au sujet de l’utilisation des données, M. Halliwell a bien cerné le problème. Il est bien de pouvoir décrire le problème. Nous disposons de données raisonnablement bonnes qui nous disent quelle est, à un moment donné, la répartition de l’état de santé et où se situent les iniquités. Toutefois, il faut aussi savoir que faire de ces données. La lacune identifiée par M. Halliwell en matière de recherche sur l’intervention me semble être le goulet d’étranglement.

Un des obstacles est la protection de la vie privée. J’hésite à employer l’expression, mais je vais parler du « froid jeté par la protection de la vie privée ». On craint, à bon droit selon moi, que nous n’ayons pas tout à fait frappé le bon équilibre en matière de recherche, d’analyse de politiques et de communication efficace de l’information au grand public canadien. Loin de moi l’idée de vouloir minimiser l’importance de la protection de la vie privée et du caractère confidentiel des données, et à Statistique Canada, nous avons comme valeur bien ancrée de garder jalousement la vie privée et d’être extrêmement prudents à son égard. Cependant, il faut pouvoir utiliser ces données. En tant qu’analyste de données, j’aime bien dire qu’il faut faire parler les données.

Un autre obstacle dont nous venons tout juste de parler vient des structures institutionnelles. Il y a de nombreux intervenants — aux niveaux fédéral, provincial et local —, et certaines décisions sont laissées à la discrétion de l’hôpital ou de la régie régionale de la santé plutôt qu’au gouvernement provincial ou fédéral. Il faut que tous ces intervenants aient une position commune et qu’ils soient disposés à travailler ensemble.

M. Halliwell : Ce que vous demandez à savoir, docteur Keon, c’est si nous avons déjà la matière première ou s’il ne manque que le liant. Peut-être était-ce là votre question également, sénateur Cook.

D’instinct, je dirais que, par rapport à la situation qui régnait avant le premier Carnet de route de l’information sur la santé, nous disposons désormais d’une grande partie de la matière première. Le grand public appuie massivement ce genre d’initiative, si nous arrivions à contourner les obstacles créés par les élites. À cette fin, j’aurai besoin de l’aide de M. Wolfson pour une statistique particulière. Quand les gens remplissent leur

Health Survey, they are asked at the very end whether they would share this record with Health Canada for research purposes. My recollection is that about 95 per cent of them said yes, Health Canada could have that micro-record. They supported it. That is perhaps indicative of the level of trust in Health Canada as an institution, but it is also indicative of the level of trust that Statistics Canada has.

Similarly, I believe the National Population Health Survey for years has been asking if they can link people's OHIP or Quebec health record with this data in order to conduct research. My recollection is that there was a very high check-off rate on that as well.

The vast majority of Canadians understand this, providing you are talking about institutions in which they have a level of trust. They are willing to do it and to support it but, somehow at some higher level, we are not getting the key ingredient to begin turning this pile of bricks into a wall. I am not quite sure I understand it, to be honest.

Senator Cook: Surely the people we are seeking to serve have done this. Where do the higher-ups that you reference get a mandate to put a brick in your way?

Mr. Wolfson: We are engaged in the longitudinal health and administrative data initiative. It is precisely to take the 300,000 to 400,000 health survey responses where the people interviewed said that we could link to their provincial health records and then go to the province and ask for the records. We have a constitutional mandate, the federal Statistics Act and the peoples' permission. Yet it has taken us two years, and we are just on the verge of signing memoranda of understanding with at least three or four provinces. For each province, our lawyer has had to talk to their lawyer and go down through the Privacy Act and their health act and explain that it is legal, but officials in these ministries are nervous and their best way to minimize risk is to not release the data.

Senator Cook: Yet the people we would serve have said yes to doing it. Is Newfoundland one of those three or four provinces?

Mr. Wolfson: Actually, at the meeting we had last week Newfoundland was one of two provinces that entered into a race to see who could be first to sign the MOU.

questionnaire aux fins de l'Enquête nationale sur la santé de la population ou de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, on leur demande à la toute fin s'ils acceptent que ces données soient utilisées par Santé Canada à des fins de recherche. Si ma mémoire est bonne, 95 p. 100 d'entre eux acceptent, de sorte que Santé Canada pourrait avoir ce micro-fichier. La population en a approuvé le principe. Voilà qui est peut-être révélateur du niveau de confiance qu'on porte à Santé Canada en tant qu'institution, ainsi que du niveau de confiance dont jouit Statistique Canada.

De la même façon, je crois que l'Enquête nationale sur la santé de la population demande depuis des années aux répondants s'ils acceptent que ces données soient mises en corrélation avec les données sur la santé du RAMO ou de la RAMQ à des fins de recherche. Si je ne m'abuse, le taux d'acceptation à cet égard était également très élevé.

La grande majorité des Canadiens sont conscients du besoin de recherche, à condition qu'elle soit faite par des institutions auxquelles ils font confiance. Ils sont disposés à permettre l'utilisation des données et à l'appuyer mais, quelque part dans les hautes sphères, on nous refuse l'ingrédient clé qui nous permettrait de transformer cette matière première en produit fini. Je ne suis pas sûr d'en comprendre la raison, pour être tout à fait honnête avec vous.

Le sénateur Cook : Les personnes au service desquelles nous travaillons l'ont sûrement fait. D'où les autorités dont vous parlez tiennent-elles leur mandat pour mettre ainsi des bâtons dans les roues?

M. Wolfson : Nous participons à l'initiative relative à l'enquête longitudinale et à la collecte de données administratives. Elle vise justement à utiliser les 300 000 à 400 000 réponses reçues dans le cadre de l'enquête sur la santé, durant laquelle les personnes interrogées nous ont autorisés à corréler ces données avec leurs dossiers de santé provinciaux, puis de demander à la province de nous fournir ces dossiers. Nous en avons le pouvoir constitutionnel, grâce à la Loi fédérale sur la statistique et au consentement des personnes concernées. Pourtant, il nous a fallu deux ans de discussions, et nous sommes sur le point de signer des protocoles d'entente avec au moins trois ou quatre provinces. Chaque fois, il a fallu que notre avocat s'entretienne avec l'avocat provincial, qu'il lui explique dans le détail la Loi sur la protection des renseignements personnels et la loi provinciale de la santé, qu'il lui prouve que tout est dans les règles, mais les fonctionnaires de ces ministères sont nerveux, et le meilleur moyen qu'ils ont trouvé pour minimiser le risque est de ne pas divulguer les données.

Le sénateur Cook : Pourtant, les personnes au service desquelles nous travaillons ont autorisé leur utilisation. Terre-Neuve est-elle du nombre?

M. Wolfson : En réalité, à la réunion que nous avons eue la semaine dernière, Terre-Neuve était l'une des deux provinces entrées dans la course pour être la première à signer un protocole d'entente.

The Chair: We will move away from the broad organization, which we hope to promote for population health, and get down to the community that we are zeroing in on now: Aboriginal health. I am aware of many of the challenges. When it comes to an information system that would be helpful in Aboriginal health, some areas are already beginning to create some autonomous data banks.

What should be the information technology approach to Aboriginal health? You have to tell us about what you are doing to gather information on air, water and food.

Mr. Brooks: The information systems I was referring to, the Integrated Capital Management System, it is not a health system whatsoever. It is more of a life cycle system to gather information, which we believe can be used to help to figure some of the factors of the determinants of health.

We do have the First Nations Statistical Institute, but several First Nations communities or First Nations groups have refused to participate in the census, which has basically left a void in activities. Data gathering has been difficult.

I am positive that Mr. Wolfson can speak more eloquently than I as to what is and is not happening. Part of the purpose of the statistical institute, since it will be run by First Nations, is to gather the right information. We are working very closely with Statistics Canada on this. There is definitely a vehicle in the statistical institute that can help gather some of the data.

In terms of gathering all the determinants you are looking for, the system we currently have, which, as I mentioned, is more of a life cycle system, is narrowly focused in the area I am responsible for, physical assets. It does not look at other aspects, recognizing that if you do not have good physical infrastructure, you will probably not have successful healthy outcomes. There are such things as housing, water, waste water and things of that nature.

I realize I am not answering the question the way you would like me to answer it, Senator Keon, because it is a little beyond the scope of what I do. However, there are systems at play that I think, from our perspective as a department, we could work with along with my colleagues around the table to improve the First Nations outcomes. This is more specific than just Aboriginal writ large, as most Aboriginals are off reserve and would probably be captured by the majority of provincial systems right now.

Mr. Wolfson: This is a challenging area, as I am sure you appreciate, not least because quite a few on-reserve Aboriginal groups have articulated a principle called OCAP: ownership, control, access and possession. From the point of view of a national statistical system, it would be unfortunate if a completely

Le président : Nous allons maintenant nous éloigner de l'organisation plus générale, que nous espérons promouvoir pour la santé de la population, et en venir à celle de la communauté que nous ciblons actuellement, soit les Autochtones. Je suis conscient des nombreux obstacles à surmonter. Pour ce qui est d'avoir un système d'information qui serait utile en matière de santé autochtone, certaines régions sont déjà en train de mettre sur pied des banques de données autonomes.

Quelle devrait être l'approche adoptée en matière de santé autochtone, sur le plan de la technologie de l'information? Il faut nous dire ce que vous êtes en train de faire pour réunir des données sur l'air, l'eau et l'alimentation.

M. Brooks : Le système d'information que j'ai mentionné, soit le Système intégré de gestion des immobilisations, n'a rien à voir avec la santé. Il s'agit davantage d'un système sur la durée de vie des immobilisations en vue de recueillir de l'information que nous croyons pouvoir utiliser pour cerner certains facteurs d'influence sur les déterminants de la santé.

Il existe effectivement un Institut de statistiques des Premières nations, mais plusieurs collectivités ou groupes des Premières nations ont refusé de participer au recensement, ce qui a essentiellement créé un vide. La collecte de données a été difficile.

Je suis sûr que M. Wolfson peut vous parler avec plus d'éloquence que moi de ce qui se passe et de ce qui ne se fait pas. L'Institut de statistiques a pour objet, en partie, puisqu'il sera dirigé par les Premières nations, de réunir les bonnes données. Nous travaillons en étroite collaboration avec Statistique Canada à cet égard. Il y a nettement moyen pour l'Institut de statistiques de nous aider à réunir certaines de ces données.

Pour ce qui est de réunir tous les déterminants dont vous avez besoin, le système actuel qui, comme je l'ai mentionné, vise davantage la durée de vie utile est strictement axé sur ce dont je suis responsable, soit les biens immobiliers. Il ne tient pas compte des autres aspects, étant donné que si vous n'avez pas de bonnes infrastructures matérielles, vous n'obtiendrez probablement pas de bons résultats sur le plan de la santé. Il cible des secteurs comme le logement, l'eau et les eaux usées.

Je me rends compte que je ne vous fournis pas tout à fait la réponse demandée, sénateur Keon, mais ce genre de travail ne correspond pas vraiment à ce que je fais. Cependant, il existe des systèmes qui selon moi, du point de vue de notre ministère, pourraient nous être utiles, à moi et aux collègues réunis ici, pour améliorer les résultats en ce qui concerne les Premières nations. Ce travail est un peu plus particulier que de simplement réunir des données sur les Autochtones, puisque la plupart d'entre eux vivent à l'extérieur de la réserve et seraient probablement inclus dans la majorité des systèmes provinciaux actuellement.

M. Wolfson : C'est un domaine qui pose un grand défi, comme vous le savez, j'en suis sûr, surtout parce qu'un bon nombre de groupes autochtones vivant dans les réserves ont adopté le principe appelé PCAP, soit la propriété, le contrôle, l'accès et la possession. Dans la perspective d'un système statistique national,

independent statistical system for on-reserve individuals were to emerge.

From the point of view of a national statistical system, two key principles are fundamental. One is that there be at least some common core of information that is collected in exactly the same way as for the rest of the country so that one can make reasonably valid comparisons. The other is that, from a statistical point of view, there are internationally accepted principles about objectivity, no political interference and, in effect, no prior checking or censorship of results from statistical endeavours and the publication of results. Hopefully the First Nations Statistical Institute can play an important role there.

A final point is that roughly two thirds of the Aboriginal population are not living on reserves, so they are within the scope of the data that Statistics Canada already collects, for example, in the Canadian Community Health Survey, the Census of Population and the post-census surveys of Aboriginals and Aboriginal children. There is quite a lot of data there.

A potential opportunity is that by and large provincial health care systems do not have any kind of Aboriginal identifier on them. It is not easy to imagine how they would do that. If we were not quite so nervous about privacy — and Statistics Canada is very stringent on rules and policies for this — maybe we could imagine some sort of record linkage program that would allow one to begin to generate an Aboriginal health information system including, for example, the health care encounters that would allow some analysis based on Aboriginal identity, at least as well as we are able to capture it on our various surveys.

Mr. Halliwell: I will disagree somewhat with Mr. Wolfson, and I will use an illustrative point I got from him against his point here.

I will say first that the anecdote he shared with me took place in the late 1800s, with a doctor I believe in Chicago, who began keeping card files on his patients so that he could find out how they were doing a year later. In some sense, there was no information technology involved in that. It was a simple case of wanting to acquire information.

I have a bit of a concern — and this is a personal view — that our efforts to try to create a world standard, coherent and statistical system, especially on-reserve, have tended to flounder so far, yet maybe the kind of information we really want to obtain is by smaller units, instead of being able to do league table comparisons to see how we did next to a comparable band or how we did relative to Canada as a whole, which is often fraught with political danger.

il serait malheureux qu'on mette sur pied un système statistique complètement indépendant de collecte de données sur les personnes habitant dans les réserves.

Deux principes clés sont à la base de tout système statistique national. D'une part, il faut qu'il existe au moins un noyau commun d'informations réunies exactement de la même façon partout au pays, de manière à pouvoir faire des comparaisons raisonnablement valables. D'autre part, d'un point de vue statistique, il existe des principes internationalement reconnus : l'objectivité, l'absence d'ingérence politique et, dans les faits, l'absence de vérification préalable ou de censure des résultats issus d'enquêtes statistiques et la publication des résultats. Avec un peu de chance, l'Institut de statistiques des Premières nations peut jouer un rôle important à cet égard.

Le dernier point que j'aimerais signaler, c'est que les deux tiers à peu près de la population autochtone n'habitent pas dans les réserves, de sorte qu'ils sont déjà inclus dans les données que réunit Statistique Canada, par exemple dans le cadre de son Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, du recensement et des études d'évaluation postcensitaires des Autochtones et des enfants autochtones. Toutes ces analyses fournissent beaucoup de données.

Une éventuelle possibilité vient du fait qu'en règle générale, les systèmes provinciaux de soins de santé n'incluent pas d'identificateurs des Autochtones dans leurs données. Je conçois mal comment ils pourraient le faire. Si nous n'étions pas aussi nerveux au sujet de la protection de la vie privée — et Statistique Canada est très strict dans l'application des règlements et des politiques à cet égard —, peut-être pourrions-nous trouver un moyen quelconque d'établir des liens qui permettraient de commencer à produire de l'information sur la santé des Autochtones, y compris, par exemple, les interventions en matière de soins de santé qui permettraient de faire certaines analyses basées sur l'identité autochtone, du moins dans la mesure où nous sommes capables de saisir ces données dans le cadre de nos diverses enquêtes.

M. Halliwell : Je ne suis pas tout à fait d'accord avec ce que vient de dire M. Wolfson et je vais me servir, pour m'expliquer, d'un point qu'il a lui-même fait valoir.

Je dois dire tout d'abord que l'anecdote qu'il m'a racontée date de la fin du XIX^e siècle et portait sur un médecin de Chicago, je crois, qui a commencé à tenir des fiches sur ses patients de manière à pouvoir déterminer si leur état s'améliorait d'année en année. En un certain sens, aucune technologie de l'information n'était en jeu. C'était simplement le désir d'avoir de l'information.

Je crains un peu — et c'est là une opinion personnelle — que les efforts déployés en vue d'établir une norme mondiale, un système cohérent et statistique, surtout dans les réserves, ont eu tendance à se cantonner dans le vague jusqu'ici et, pourtant, peut-être que le genre d'information que nous souhaitons vraiment obtenir se trouve dans de plus petits échantillons. Plutôt que de pouvoir faire des comparaisons à grande échelle pour voir comment nous nous en sommes sortis par rapport à une bande comparable ou au Canada tout entier, une tâche souvent pleine d'écueils politiques, il serait peut-être plus utile de limiter le champ d'enquête.

Maybe what one would really want to know is how we are doing relative to last year or how we are doing relative to five years ago. As long as you begin doing it on a comparable basis, even if you are doing it within individual communities, it forces you to take ownership of how you are doing over time in your own area. You will not be able to compare with national data or other jurisdictions, and that is often advantageous in forcing people to focus on issues — for instance, our department's experience with international comparisons of adult literacy and the attention it brings to the file. However, maybe something that starts out simple and is built over time will be their first potato chip, to carry on with the analogy from my remarks.

Mr. Wolfson: I do not disagree with Mr. Halliwell in one sense. I am trying to remember the names of the two British Columbia researchers who have been doing seminal work in B.C. about suicide rates. Their names are Chandler and Lalonde. They went community by community and looked at the suicide rate, which varied from zero in some First Nations communities to very high in others. This is basic information, so one does not have to have a fancy gathering system.

It is crucial, however, not only to be able to measure that in a way that is standardized but also to begin to pick out what the covariates are, what other things are going on between these communities that account for these dramatic differences in suicide rate. There again, it does not have to be a high-tech or totally electronic system. What is crucial is that it is done in a systematic and rigorous way with agreed-upon concepts.

Senator Callbeck: My brief question is on the electronic health records. I know that my own province of Prince Edward Island in the last two years has made great progress, and I understand many other provinces have as well. We have had witnesses refer to a pan-Canadian system. That has been brought again up today.

However, I think I heard one of you say that someone has to grab a hold of this. Did I hear properly? Who is responsible for this system? Who is leading the initiative?

Mr. Wolfson: I hesitate to tread here. Dick Alvarez is the CEO of Canada Health Infoway. He has a large sum of money from the federal government and a board of directors that includes provincial deputy ministers; and he, his staff and his organization make a series of bilateral arrangements, as I understand it, with this province, that health region or that physician group to help fund the development of particular kinds of software, the initial focus being on diagnostic imaging, moving into labs and pharmaceutical information systems.

Each province is autonomous. There is clearly an effort on Infoway's part to make a software system once and encourage other provinces, if they are willing, to make a copy of it and adapt

On aimerait peut-être savoir en réalité quels sont les résultats par rapport à l'année précédente ou cinq ans plus tôt. Tant qu'on le fait sur une base comparable, même si on le fait au sein de collectivités individuelles, on est obligé d'assumer la responsabilité de ce qu'on fait dans sa propre région. On sera incapable de comparer ces données aux données nationales ou à celles d'autres compétences, ce qui est souvent avantageux parce que cela oblige les gens à se concentrer sur certains problèmes — par exemple, l'expérience de notre ministère dans les comparaisons internationales en matière de littératie des adultes et l'attention qu'elles attirent sur la question. Cependant, peut-être qu'un simple projet bâti au fil des ans reviendra à ouvrir le sac de croustilles, pour en revenir à ce que je disais tout à l'heure.

M. Wolfson : En un certain sens, je souscris à ce que dit M. Halliwell. J'essaie de me rappeler le nom de deux chercheurs de la Colombie-Britannique qui font de la recherche pionnière là-bas sur les taux de suicide. J'y suis : Chandler et Lalonde! Ils ont visité les collectivités une à une pour en examiner le taux de suicide, qui variait de nul dans certaines localités des Premières nations à très élevé dans d'autres. Il s'agit d'information de base, de sorte qu'on n'a pas besoin d'un système de collecte perfectionné.

Toutefois, il est crucial non seulement de pouvoir mesurer ces données d'une manière normalisée, mais également de commencer à cerner les covariants, c'est-à-dire les autres phénomènes qui jouent entre ces collectivités et qui expliquent les écarts draconiens dans les taux de suicide. Je répète qu'il n'est pas nécessaire d'avoir recours aux techniques d'avant-garde, à de la haute technologie ou d'avoir un système entièrement électronique. L'important, c'est que la collecte se fasse de manière systématique et rigoureuse selon des principes adoptés par tous.

Le sénateur Callbeck : J'ai une petite question au sujet des dossiers de santé électroniques. Je sais que dans ma propre province, l'Île-du-Prince-Édouard, au cours des deux dernières années, on a fait d'énormes progrès, et je crois savoir que c'est le cas également de nombreuses autres provinces. Nous avons entendu des témoins nous parler d'un système pancanadien. Il en a encore été question aujourd'hui.

Toutefois, je crois avoir entendu l'un d'entre vous dire qu'il faut bien que quelqu'un en assume le contrôle. Ai-je bien entendu? Qui est responsable du système? Qui dirige l'initiative?

M. Wolfson : J'hésite à m'aventurer sur ce terrain. Dick Alvarez est le PDG de l'Inforoute santé du Canada. Il a à sa disposition d'énormes fonds du gouvernement fédéral et un conseil d'administration qui inclut les sous-ministres des provinces; de plus, lui, son personnel et son organisme concluent toute une série d'arrangements bilatéraux, si j'ai bien compris, avec telle province, telle régie de la santé ou tel groupe de médecins pour aider à financer le développement de ce genre particulier de logiciels, l'accent initial étant mis sur la visualisation diagnostique, l'inclusion des laboratoires et des systèmes d'information des pharmacies.

Chaque province est autonome. De toute évidence, l'Inforoute déploie des efforts en vue d'établir une fois pour toutes un système logiciel et d'encourager d'autres provinces, si elles le veulent, à le

it so that Canada can realize economies of scale. However, there is a clear requirement, as I understand it, for interoperability, though I think that is as far as Infoway goes.

From the point of view of using the data in a Manitoba centre-like way across the country, nobody is in charge of that. Both CIHI and Statistics Canada are keen because we see it as a tremendous strategic opportunity to greatly improve the health information of the country, both from a population health and a health services information point of view, but we have no sticks or even many carrots. It is moral suasion.

Senator Callbeck: Regarding the money given out to provinces, is there no condition at all to apply it to a pan-Canadian system?

Mr. Wolfson: There is an information architecture. However, in terms of standards, I am not familiar with details. You would be best to talk to Infoway directly on that.

Mr. Halliwell: In some sense, the key to it will be interoperability and standardization of the kinds of metrics that are exchanged. When you get that, you do achieve interoperability.

There is clearly a whole set of constraints on what you can share, but part of me that thinks that, with the proper protocols, et cetera, it might become a bit like the Internet. No one asks who is in charge of the Internet. There is just a whole set of protocols by which information flows back and forth between what amounts to disparate data browsers and different web-hosting software.

Under no circumstances do I want anyone to get a sense that we want health information to be like the Internet and so widely available. However, it may be that with the right attention to a minimum data set, the information can start to get glued back together again as a discrete exercise that does not have to be done in real-time like an actual patient care system.

That possibility is there. However, the window of opportunity potentially gets lost if you do not think through how you would do that at an early design phase. I can remember being at the Department of Finance when we all did what I called the Homer Simpson "D'oh." We realized when the GST was introduced and businesses first registered for GST numbers that we did not find out what kind of industry they were in as part of the form they were required to fill out. Therefore, we lacked a set of useful information that it was hard to put in place subsequently.

Even if you are thinking that we do not know whether we have approval to do this or whether people will tolerate this happening, it does not mean that you do not build in the capacity to do it, so that you subsequently have the choice to try to use this data for research purposes.

copier et à l'adapter pour que le Canada puisse réaliser des économies d'échelle. Cependant, un critère essentiel, si j'ai bien compris, est l'interopérabilité, bien que ce soit là, je crois, la seule exigence dans le cadre de l'Inforoute.

Quant à l'utilisation des données à la manière d'un centre manitobain à l'échelle du pays, personne n'est en charge. Tant l'Institut canadien d'information sur la santé que Statistique Canada en rêvent parce que ce serait là une immense possibilité stratégique d'améliorer considérablement l'information sur la santé au pays, du point de vue tant de la santé de la population que de l'information sur les services de santé, mais rien ne nous y oblige ou ne nous y encourage. C'est de la persuasion morale.

Le sénateur Callbeck : En ce qui concerne l'argent versé aux provinces, n'est-il pas assorti d'une condition exigeant qu'il soit appliqué à un système pancanadien?

M. Wolfson : Il y a des exigences sur le plan de l'architecture de l'information. Cependant, pour ce qui est des normes, je n'en connais pas trop les détails. Il vaudrait mieux en parler directement avec l'Inforoute.

M. Halliwell : En un certain sens, la clef serait l'interopérabilité et la normalisation de la méthodologie informatique échangée. Si elle existe, on peut obtenir l'interopérabilité.

De toute évidence, ce qu'on peut partager fait l'objet de toute une série de contraintes, mais je crois qu'avec les bons protocoles et tout le reste, on pourrait créer une sorte d'Internet. Nul ne demande à savoir qui est en charge de l'Internet. Il s'agit tout simplement d'une série de protocoles au moyen desquels l'information circule entre ce qui revient à des explorateurs de données disparates et différents logiciels d'hébergement Web.

Comprenez-moi bien : je suis loin de vouloir que le système d'information sur la santé soit comme Internet et que les données soient disponibles sur une base aussi large. Cependant, il est possible qu'en portant l'attention qu'il faut à une série minimale de données, l'information puisse commencer à être colligée de manière distincte et différente du traitement en temps réel exigé par un véritable système informatique de suivi des malades.

La possibilité existe. Cependant, la fenêtre permettant de le faire se fermera si l'on ne réfléchit pas bien à la façon de procéder durant la toute première phase. Je me rappelle, du temps où j'étais au ministère des Finances, à quel point nous avons tous été hébétés de constater, lorsque la TPS a été introduite et que les entreprises ont commencé à demander un numéro d'enregistrement aux fins de la TPS, que nous avons oublié d'inclure dans le formulaire que devaient remplir les entreprises une question sur leur genre d'activité. Par conséquent, il nous manquait une série d'informations utiles et il a été difficile de les récupérer par la suite.

Même si vous n'êtes pas sûrs que nous y sommes autorisés ou que la population le tolérera, cela n'empêche pas de planifier la capacité au départ, de manière à pouvoir par la suite utiliser ces données à des fins de recherche, si telle est la décision.

At the level of Inflow and the processes around that, this ought to be a priority, but putting it in place is hard. There is an old joke: Why was the Lord able to create the world in six days and rest on the seventh? There was no existing installed user base.

The problem is that you are starting from somewhere, not starting from nowhere. I think there are technical solutions. However, there is a window of opportunity that we are in danger of seeing disappear if someone does not pay even a modest amount of attention to it.

The Chair: Dr. Frank, I do not want you to go abroad without giving your input on the Aboriginal situation. Would you please tell us your views?

Dr. Frank: I do not have any magic solutions. You have to accept that the long historical wave of events will keep many First Nations communities of the view that data collection is an opportunity to fight a fight that has historical roots with justice issues involved in it. Therefore, to de-politicize the data collection exercise, I do not think there is any choice but to adhere to the broad principles that have been enunciated by the First Nations communities that Mr. Wolfson gave us the acronym for.

In the end, people only want to cooperate with data collection if they get something back. They have to get back useful summaries that will help them with their own problems as a community, say. I think that means they have to trust the people who are collecting, collating and analyzing the data to do that.

That would mean that it has to have Aboriginal governance, whatever it is. That is a tall order, as Mr. Brooks knows. There are 600 or more communities. You cannot go any other way. All over the world, data is collected in health care systems; people are filling out little tick boxes, and we know most of it is garbage because they do not have any reason to do it carefully. They never get anything back.

What does some nurse in an African health centre like I used to work in as a young doctor in Tanzania get back? Nothing. They do it when it is required, but it has been shown many times it is mostly noise and not much signal. There is no benefit.

Whatever we do, we have to constantly ask what people get back for their participation, both individuals and also their local and provincial governments. There would have to be a legally-binding agreement by the provinces, territories and the federal government that core data collection for the electronic health record and others was in everyone's interests and that they trusted a governance structure, which currently does not exist.

Cela devait être une priorité, au niveau de l'Inforoute et des processus qui l'entourent, mais c'est difficile à faire. Dans mon milieu, on dit souvent : « Pourquoi Dieu a-t-il pu créer le monde en six jours et se reposer le septième? Parce qu'il n'y avait pas de sous-programme écrit par l'utilisateur ».

Le problème est qu'il faut s'adapter à ce qui existe déjà, plutôt que de partir de la case départ. Il existe des solutions techniques. Cependant, nous perdrons l'occasion de le faire si quelqu'un n'y accorde pas un soupçon d'intérêt,

Le président : Docteur Frank, je ne souhaite pas que vous quittiez le Canada sans nous avoir dit ce que vous pensez de la situation autochtone. Pourriez-vous, je vous prie, nous donner votre opinion?

M. Frank : Je n'ai pas de solution miracle à vous offrir. Vous allez devoir accepter que la longue série d'événements passés maintiendra de nombreuses collectivités des Premières nations dans leur conviction que la collecte de données est une occasion de livrer une bataille qui a des racines historiques dans des problèmes de justice. Par conséquent, pour dépolitiser l'exercice de collecte de données, je ne crois pas que vous ayez d'autre choix que d'adhérer aux grands principes énoncés par les collectivités des Premières nations dont vous a parlé M. Wolfson.

En fin de compte, les gens ne souhaitent coopérer à la collecte de données que s'ils en obtiennent quelque chose en retour. Ils ont besoin de résumés utiles qui les aideront à régler leurs propres problèmes en tant que collectivité, par exemple. Cela signifie selon moi qu'il faut qu'ils aient confiance dans ceux qui font la collecte, qui colligent et analysent les données.

Cela signifie qu'il faudrait qu'il y ait une gouvernance autochtone, quelle que soit sa définition. La marche est haute, comme le sait fort bien M. Brooks. On dénombre plus de 600 collectivités. C'est la seule façon de procéder. Dans le monde entier, des données sont collectées dans des systèmes sur les soins de santé; on coche de petites cases, et nous savons que la plupart de ces données sont inutiles parce que les gens n'ont pas vraiment de raison d'y accorder de l'importance. Ils n'obtiennent jamais rien en retour.

Qu'obtient en retour l'infirmière qui travaille dans un centre de santé africain comme je le faisais lorsque j'étais jeune médecin en Tanzanie? Absolument rien. Elle le fait parce qu'elle y est obligée, mais il a été démontré de nombreuses fois que ces données ne veulent pas dire grand-chose. Il n'y a pas d'avantages.

Quoi que nous fassions, nous devons constamment nous demander ce qu'obtiennent en retour les personnes qui contribuent, de même que leur administration locale et leur gouvernement provincial. Il faudrait qu'il y ait un accord exécutoire signé par les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral reconnaissant que la collecte centrale de données pour les dossiers électroniques et d'autres est dans l'intérêt de chacun et qu'on ait confiance dans la structure de gouvernance, inexistante actuellement.

You must get the lawyers of the sort we already heard about — who represent each of these as autonomous, governing structures that are held up and given those rights by our Constitution — to agree. If you do not get the lawyers to agree on the precise boundaries before you start, do not set anything up. You will not get to first base.

The Chair: Our time is up, so unless someone has a further question or a final comment, we will have to sign off. Thank you all very much. You were very generous to come and give us your time.

The committee adjourned.

OTTAWA, Wednesday, May 7, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:05 p.m. to examine and report 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: Honourable senators, I welcome our witnesses today. We look forward to hearing what they will be able to tell us. We have, from the National Collaborating Centre for Determinants of Health, Ms. Hope Beanlands; from the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, Mr. François Benoit; from the National Collaborating Centre for Environmental Health, Dr. Ray Copes; and from the National Collaborating Centre for Aboriginal Health, Ms. Margo Greenwood. We are blessed with scientific directors.

This is the second phase of our current study. We are looking for reactions to our fourth report, which is the issues and options paper. This meeting will focus on the issue of tracking health outcomes and supporting research interventions to enhance the health of the population. We would like each of you to provide us a brief overview and then respond to questions from senators.

Hope Beanlands, Scientific Director, National Collaborating Centre for Determinants of Health: Honourable Senator Keon and honourable members of the Subcommittee on Population Health, thank you for the opportunity to speak on behalf of the National Collaborating Centre for Determinants of Health, known as the NCCDH, at St. Francis Xavier University, situated in Antigonish in beautiful, rural Nova Scotia.

The Chair: I cannot resist saying something totally off subject here. My dearest friend and supporter for 30 years was Dr. Don Beanlands. Is there a connection?

Il faut convaincre les avocats du genre dont nous avons entendu parler tout à l'heure — ceux qui représentent chacune de ces structures de gouvernement autonome auxquelles la Constitution a conféré ces droits — de s'entendre entre eux. Si vous ne parvenez pas à convaincre les avocats de s'entendre sur des données précises avant d'amorcer le projet, ne faites rien. Le projet sera voué à l'échec.

Le président : Le temps alloué est épuisé, de sorte qu'à moins que l'un d'entre vous ait une autre question ou un dernier commentaire, je vais lever la séance. Je vous remercie tous vivement. Vous avez été très généreux de venir ici nous rencontrer et de nous accorder autant de temps.

La séance est levée.

OTTAWA, le mercredi 7 mai 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 5 pour examiner les multiples facteurs et conditions qui influent sur la santé de la population canadienne, facteurs qu'on désigne sous l'appellation générique de déterminants de la santé, avant de faire un rapport sur la question.

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

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs, j'ai le plaisir de souhaiter la bienvenue à nos témoins d'aujourd'hui. Nous avons hâte d'entendre ce qu'ils ont à nous dire. Nous accueillons donc parmi nous Mme Hope Beanlands, du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé; M. François Benoit, du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé; le Dr Ray Copes, du Centre de collaboration nationale en santé environnementale; et Mme Margo Greenwood, du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Ce sont tous des directeurs scientifiques.

Nous en sommes à la deuxième phase de notre étude et sommes prêts à entendre les réactions à notre quatrième rapport, Enjeux et Options. Nous allons parler aujourd'hui de la nécessité d'encourager les recherches et les suivis afin d'améliorer la santé des populations. Je vais demander à chacun d'entre vous de nous faire une brève déclaration, et ensuite de répondre aux questions des sénateurs.

Hope Beanlands, directrice scientifique, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé : Honorable sénateur Keon et honorables membres du Sous-comité sur la santé des populations, permettez-moi tout d'abord de vous remercier de m'avoir invitée à comparaître au nom du Centre de collaboration nationale sur les déterminants de la santé, qu'on appelle le CCNDS. Le Centre se trouve à l'Université St. Francis Xavier, à Antigonish, dans la belle campagne de la Nouvelle-Écosse.

Le président : Je ne peux pas m'empêcher de dire quelque chose qui n'a rien à voir avec notre sujet d'aujourd'hui, mais le Dr Don Beanlands a été mon meilleur ami pendant 30 ans; avez-vous un lien de parenté?

Ms. Beanlands: Yes, there is, and I was at the party.

The NCCDH is one of six national collaborating centres for public health located across Canada. The mandate of the six national collaborating centres is to translate the existing and new evidence produced by academics and researchers in public health so that it can be used by public health practitioners and policy-makers. I am very pleased that I have three of my colleagues from the other NCCs here as witnesses.

The focus of the NCCDH is on the social and economic factors that influence the health of Canadians. As you know, income and social status, social support networks and social environments are some of the factors that determine the health of Canadians.

At the NCCDH, our mandate is the synthesis, translation and dissemination of existing knowledge of the social determinants of health using an equity lens. Our mission is to engage public health practitioners, policy-makers and researchers in applying the knowledge about the social determinants of health in policy development and in public health practice to achieve social justice and health for all.

I will focus my comments, as requested, on the first issue and the options presented in the paper. As stated in this paper, in order to track health outcomes, it is essential to have identified health indicators, health goals and desired health outcomes. I will speak about the two options separately.

The first option was to expand and enrich the population health databases. What more needs to be done?

First, we believe that we need to facilitate the collection, collation and analysis of disaggregated data to enable the development of customized public health policy responses and interventions. Sex-disaggregated data or statistical information that differentiates between women and men is an important path toward achieving health policy responses and interventions.

The 12 determinants of health can be used as a framework for community needs assessment, enabling the collection of neighbourhood level data in a manner that facilitates both management of change related to specific policy and program interventions over time, and it also provides an inter-neighbourhood comparison level of data. An example of this approach is provided by the Bell Island Health and Well-Being Needs Assessment conducted by Dr. Verlé Harrop for the Bell Island Health and Wellness Committee, Bell Island, Newfoundland and Labrador. I encourage you to invite her as a witness to appear before this committee.

The need for sex-disaggregated data is well demonstrated in a case study prepared by Dr. Beth Jackson of the Public Health Agency of Canada and Ms. Ann Pederson of the British

Mme Beanlands : Oui, et j'étais à la réception.

Notre centre est l'un des six centres de collaboration nationale sur les déterminants de la santé établis un peu partout au Canada. Ceux-ci ont pour mandat d'appliquer les preuves, existantes et nouvelles, produites par les savants et les chercheurs en santé publique afin qu'elles puissent servir aux praticiens en santé publique et aux décideurs en la matière. Je me réjouis que des collègues de trois autres CCNDS soient présents aujourd'hui à titre de témoins.

Le travail du CCNDS porte sur les facteurs sociaux et économiques qui influent sur la santé des Canadiens. Comme vous le savez, le revenu et le statut social, les réseaux de soutien social et les milieux sociaux sont certains des facteurs qui déterminent la santé des Canadiens.

Notre mandat consiste à synthétiser, à appliquer et à diffuser les connaissances existantes sur les déterminants sociaux de la santé dans une optique d'équité. Notre mission consiste à faire participer les praticiens, les décideurs et les chercheurs en santé publique à l'application des connaissances sur les déterminants sociaux de la santé à l'élaboration des politiques et à la pratique de la santé publique, afin d'assurer la justice sociale et la santé universelle.

Je vais, comme on me l'a demandé, concentrer mes remarques sur l'enjeu n° 1 et les options du document. Comme l'indique ce dernier, pour faire le suivi des résultats obtenus en matière de santé, il faut avoir déterminé les indicateurs de la santé, les objectifs qu'on recherche et les résultats qu'on veut obtenir. Je parlerai des deux options séparément.

La première option consistait à élargir et à enrichir la base de données sur la santé des populations. Que faut-il faire de plus?

Premièrement, nous estimons qu'il faut faciliter la collecte, la comparaison et l'analyse de données désagrégées pour permettre l'élaboration de réponses et d'interventions stratégiques adaptées en matière de santé publique. Les données désagrégées selon le sexe, ou renseignements statistiques établissant les différences entre les femmes et les hommes, constituent un outil important pour élaborer des réponses et des interventions dans le domaine de la santé.

Les 12 déterminants de la santé peuvent être utilisés comme cadre des évaluations des besoins communautaires permettant la collecte de données au niveau des quartiers de manière à faciliter la mesure des changements liés à des politiques ou à des programmes particuliers dans le temps, et à fournir des données se prêtant à des comparaisons entre quartiers. L'évaluation des besoins en matière de santé et de bien-être de Bell Island, effectuée par la Dre Verlé Harrop pour le compte du Bell Island Health and Wellness Committee, à Bell Island, à Terre-Neuve-et-Labrador, fournit un exemple de cette approche. Je vous recommande d'inviter la Dre Harrop à témoigner devant votre comité.

La Dre Beth Jackson, de l'Agence de santé publique du Canada, et Mme Ann Pederson, du Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique, font bien voir le

Columbia Centre of Excellence for Women's Health entitled «Sex, Gender, Hips and Knees...Gender Based Analysis and Total Joint Arthroplasty (TJA)».

Second, there should be a focus on increasing the collection of data based on the social determinants of health, including ethnicity, culture, gender, social networks, social environments and working conditions, to name a few.

Third, we need to enable the collection of community-based or neighbourhood-based data to facilitate the measurement of customized public health and policy interventions.

Moving on to investing in more population health research and enhancing the translation of knowledge, the second option presented in the paper, at the NCCDH we believe that we need more research to understand the complexities of knowledge translation.

The Canadian Institutes of Health Research, CIHR, define knowledge translation as an exchange, synthesis and ethically sound application of knowledge within a complex system of interactions among researchers and users to facilitate the capture of benefits of research for the Canadian population through improved health, more effective service and products, and a strengthened health care system.

As this definition implies, getting evidence into practice is a complex system of elements and interactions that includes such things as research, priority setting, knowledge creation, dissemination, uptake, application and evaluation. I have included the Health Development Agency diagram from the U.K., which talks about the evidence-into-practice cycle. You can see from this cycle that it is a complex set of interactions, and we need to understand it better.

We know that people will use research and gain knowledge if they are part of that knowledge development and the research process. The NCCDH therefore encourages funding support for researchers who include communities and neighbourhoods, front-line public health practitioners and policy-makers in the framing of the knowledge translation research that needs to be done and the interpretation of the findings. Again, Dr. Harrop's work is an excellent example of this approach.

Third, we believe that more public health intervention research is required. As several of your witnesses emphasized, Dr. Louise Potvin for example, we need to know which public health interventions work, which ones work better and under what conditions. We do not have that information right now.

We know that health inequities in Canada are socially produced, are systematic in their distribution across the population and are unfair. We need to know how best to achieve the levelling up of the health status of less privileged

besoin de données désagrégées selon le sexe dans une étude intitulée « Sex, Gender, Hips and Knees...Gender Based Analysis and Total Joint Arthroplasty (TJA) ».

Deuxièmement, il faut accroître la collecte de données fondées sur la totalité des déterminants sociaux de la santé, notamment l'ethnicité, la culture, les réseaux sociaux, les milieux sociaux et les conditions de travail, pour n'en nommer que quelques-uns.

Troisièmement, il faut permettre la collecte de données au niveau des collectivités et à celui des quartiers pour faciliter la mesure des réponses et interventions stratégiques personnalisées en matière de santé.

Passons à la seconde option présentée dans le document : investir davantage dans la recherche sur la santé de la population et améliorer l'application des connaissances. Notre CCNDS estime qu'il faut effectuer plus de recherches afin de comprendre les complexités de l'application des connaissances.

Selon les Instituts de recherche en santé du Canada, l'application des connaissances s'entend de l'échange, de la synthèse et de l'application conforme à l'éthique des connaissances, dans un système complexe d'échanges entre chercheurs et utilisateurs, pour accélérer la concrétisation des avantages de la recherche pour les Canadiens, à savoir une meilleure santé, de meilleurs produits et services et un système de santé renforcé.

Comme l'implique cette définition, la transposition des preuves dans la pratique est un système complexe d'éléments et d'interactions qui comprend la recherche et l'établissement de priorités, la création de connaissances, leur diffusion, leur mise en œuvre, leur application et leur évaluation. Le diagramme que vous avez ici, du National Health Service du Royaume-Uni, illustre les éléments du cycle de transposition des preuves dans la pratique. Comme vous le voyez, c'est un cycle compliqué d'interactions, que nous avons besoin de mieux comprendre.

Nous savons que les gens utiliseront les recherches et acquerront des connaissances s'ils participent au processus de recherche ou d'élaboration des connaissances. Le CCNDS favorise par conséquent l'octroi d'un soutien financier aux chercheurs qui font participer les collectivités et les quartiers, les praticiens en santé publique de première ligne et les décideurs à la définition du cadre de la recherche sur l'application des connaissances et à l'interprétation des conclusions. Encore une fois, le travail de la Dre Harrop offre un excellent exemple de cette approche.

Troisièmement, il faut accroître les recherches sur les interventions en matière de santé publique. Comme l'ont souligné des témoins précédents, notamment la Dre Louise Potvin, nous devons savoir lesquelles de ces interventions sont efficaces et lesquelles le sont davantage et dans quelles conditions. À l'heure actuelle, nous n'avons pas cette information.

Nous savons que les inégalités en matière de santé au Canada découlent de facteurs sociaux, qu'elles sont réparties systématiquement parmi la population et qu'elles sont injustes. Il nous faut découvrir le meilleur moyen de porter le statut des

socio-economic groups to the level already reached by some of our more privileged counterparts. I think that includes all of us here in the room.

In summary, it is critically important to expand and enrich the population health databases and to invest in population health research and enhance the translation of knowledge addressing the socially produced inequities in health.

The NCCDH and the other five national collaborating centres are important collaborators in the knowledge translation process to place new research evidence and promising practices in the hands of public health practitioners and policy-makers. On behalf of the NCCDH, I thank you for this opportunity to make this presentation.

[*Translation*]

François Benoit, Scientific Director, National Collaborating Centre for Healthy Public Policy: Mr. Chairman, thank you for this invitation to take part in your very interesting work.

[*English*]

Healthy public policy is in the name of our collaborating centre. I will take this occasion to speak both on the option that is the topic of today and on the topic of healthy public policy and health impact assessment.

[*Translation*]

Healthy public policy is a key concept, a cornerstone for the application of a population health approach. It is particularly remarkable that a centre has been devoted to this issue since a program as new as that of the National Collaborating Centre's has been launched. Nor is it by chance that the Centre has been established at the Institut national de santé publique du Québec, which was selected for its public health expertise, which your report emphasized, but especially because the Centre serves as a support for the implementation of section 54 of Quebec's Public Health Act, which is the section requiring a health impact assessment of all bills and regulations submitted to the Government of Quebec.

[*English*]

I think you have the National Collaborating Centre Program. In the presentation we sent you, we remind you that we are one of six centres financed by the Public Health Agency of Canada. There are six topics and so six different institutions.

[*Translation*]

These institutions act as bridges between practitioners and public health decision-makers on the one hand and research on the other.

groupes socioéconomiques moins privilégiés en matière de santé au niveau déjà atteint par leurs homologues davantage privilégiés. Et cela nous concerne tous ici dans cette salle.

En résumé, il est d'importance capitale d'élargir et d'enrichir la base de données sur la santé des populations, d'investir davantage dans la recherche sur la santé des populations et d'améliorer l'application des connaissances visant à éliminer les inégalités en matière de santé qui découlent de facteurs sociaux.

Le CCNDS et les cinq autres centres nationaux de collaboration contribuent de façon importante au processus d'application des connaissances en vue de mettre de nouvelles preuves de recherche et des pratiques prometteuses entre les mains des praticiens et des décideurs en matière de santé publique. Au nom du CCNDS, je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de faire cette déclaration.

[*Français*]

François Benoit, directeur scientifique, Centre de collaboration nationale en politiques publiques et santé : Merci, monsieur le président, pour cette invitation à participer à vos très intéressants travaux.

[*Traduction*]

Le nom de notre centre de collaboration nationale comprend les mots « politiques publiques et santé ». Je profiterai donc de cette occasion pour vous parler de l'option qui est notre sujet d'aujourd'hui ainsi que de la question des politiques publiques favorables à la santé et de l'évaluation de l'incidence sur la santé.

[*Français*]

Les politiques publiques favorables à la santé traduction de « healthy public policy », c'est un concept clé, une pierre d'assise pour l'application d'une approche en santé des populations. Il est particulièrement remarquable que dès le lancement d'un programme aussi jeune que celui des Centres de collaboration nationale, on ait consacré un centre à cette question. Ce n'est pas non plus par hasard que le centre est installé à l'Institut national de santé publique du Québec, qui a été choisi tant pour son expertise en santé publique, ce que votre rapport soulignait, mais surtout parce que ce centre sert de soutien à l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec, qui est l'article qui oblige l'évaluation de l'impact de la santé de tous les projets de loi et règlements soumis au gouvernement du Québec.

[*Traduction*]

Vous avez le Programme des Centres de collaboration nationale. Dans le document que nous vous avons fait parvenir, nous vous rappelons que nous sommes l'un des six centres financés par l'Agence de santé publique du Canada. Chacune de ces six institutions a sa propre spécialisation.

[*Français*]

Ces institutions agissent à titre de passerelle entre les praticiens et les décideurs de la santé publique d'un côté et la recherche de l'autre côté.

[English]

Four things could be said about the National Collaborating Centre Program. The collaborating centres are original in that they have been established in existing institutions building on the competencies already there. They act as a bridge between the researchers, practitioners and decision makers, but they also adopt the perspective of being the advocate of the user.

[Translation]

It should also be emphasized that this program is relatively new. In practice, we have been in operation for two years, and our centres are dedicated to knowledge translation.

[English]

This gives me occasion to comment on one of the options, knowledge translation.

[Translation]

Knowledge translation is a mandate shared by the six centres, but this is not an innovation since we rely on the work that, in the history of Canada, has marked this concept and, of course, the work of the Canadian Institutes of Health Research and the Canadian Health Services Research Foundation on knowledge translation. Ms. Beanlands has identified the translation we do. We are not the only ones working on knowledge translation, but the NCCs bring an original perspective in that each of us in our various subjects brings new ways of innovating in knowledge translation.

[English]

From the bottom up, we are informed by the user of the needs, and we are also centred on knowledge, which is not necessarily the same thing as evidence, in the sense that we are not translating the latest research on the block. We are translating and summarizing knowledge to be useful for the different targets we have.

We use interactivity.

[Translation]

Interaction assists in knowledge translation, which is important, but also in informing our work with users about what is necessary, and thus this kind of reactivity that we have established.

Our recommendation on this point, with regard to your work, is consistent with your approach; that is to say that we must support knowledge translation through a number of partners, not a single partner, but that, in this type of area, the collaborating centres should bring an original perspective.

[Traduction]

Il y a quatre choses à dire au sujet du Programme des Centres de collaboration nationale. Les Centres de collaboration nationale ont ceci d'original qu'ils ont été créés dans des institutions déjà existantes, à partir des compétences de ces institutions. Les centres servent de passerelles entre les chercheurs, les praticiens et les décideurs, mais ils se font aussi les avocats des utilisateurs.

[Français]

Il faut aussi souligner que ce programme est relativement récent. En pratique, nous sommes en activité depuis deux ans et nos centres sont dédiés à l'application des connaissances.

[Traduction]

Cela me donne l'occasion de dire quelques mots sur l'une des options, l'application des connaissances.

[Français]

L'application des connaissances est un mandat partagé par les six centres, mais ce n'est pas une innovation puisque nous nous appuyons sur les travaux qui ont marqué, dans l'histoire du Canada, ce concept, et, évidemment, les travaux des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation canadienne en recherche sur les services de santé, autour de l'application des connaissances. Mme Beanlands a identifié ce que nous donnons comme définition. Nous ne sommes pas les seuls à travailler dans l'application des connaissances, mais les CCN amènent une perspective originale dans le fait que nous appliquons, chacun, dans nos différents sujets, de nouvelles façons d'innover en application des connaissances.

[Traduction]

Ce sont les utilisateurs qui nous informent de leurs besoins, cela va du bas vers le haut, et nous nous concentrons également sur les connaissances, ce qui n'est pas nécessairement la même chose que les preuves, en ce sens que nous ne procédons pas à l'application des derniers résultats de recherches qui viennent de sortir. Nous procédons à l'application et à la synthèse des connaissances qui vont être utiles à nos différents clients.

L'interaction est importante pour nous.

[Français]

L'interaction sert à l'application des connaissances, qui est importante, mais aussi pour informer nos travaux avec les usagers sur ce qui est nécessaire, donc cette espèce de réactivité que nous avons mise.

Notre recommandation à cet effet, quant à vos travaux, s'inscrit dans votre lignée, à savoir qu'on doit supporter et soutenir l'application des connaissances par plusieurs partenaires et non pas par un seul, mais que dans ce type de thématique, les centres de collaboration amènent une perspective originale.

[English]

I will broach the subject of health impact assessment. I know this is a topic you have brought forward for consideration in your report.

[Translation]

The expertise that we have developed in this area at the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy meets a demand from users. There are currently a lot of activities at the local and regional levels in Canada, and our work has therefore focused on developing tools to support that activity. You recommend this application at the federal government level, and I submit to your attention the diagnosis made by Frankish and his colleagues.

[English]

On this question, there were challenges for implementing healthy public policy and impact assessments; political challenges, including competition among various sectors and a lack of political will; and technical challenges. I submit this is your turf and preoccupation. The technical challenge is having a structure that could support this action.

[Translation]

However, the question in the past 10 or 20 years has been: has the situation changed? Quebec's experience has generated expertise or a practice that can be queried. It has also supported the research work that has been done from this perspective and thus gives us certain perspectives that we did not have, while the health impact assessment sector at the international level has continued to develop methods and tools, which definitely puts us in a better position than we were in 20 years ago.

[English]

Dr. Ray Copès, Scientific Director, National Collaborating Centre for Environmental Health: Good afternoon. It is a pleasure to provide a presentation on behalf of the National Collaborating Centre for Environmental Health. My colleagues have explained a bit about the national collaborating centres. The time I have been scientific director of the NCCEH has been an exciting opportunity. We are new on the public health scene in Canada, and we are looking forward to making a mark. We have a unique role, and all six of us look forward to fulfilling that collaboratively.

Each centre has a different theme. The theme of NCCEH relates directly to one of the determinants of health in your paper, which is the physical environment. When we started out at the NCCEH a few years ago, we were given a relatively narrow definition of environmental health. We were encouraged to focus rather narrowly on the programs and services in environmental

[Traduction]

Je vais parler de l'évaluation de l'incidence sur la santé. Je sais que c'est un sujet que vous avez abordé dans votre rapport.

[Français]

L'expertise que nous avons développée au Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques favorables à la santé à ce sujet répond à une demande des usagers. Actuellement, il y a beaucoup d'activités au niveau local et régional au Canada, donc nos travaux se sont concentrés à développer des outils pour soutenir cette activité. Vous recommandez cette application, au niveau du gouvernement fédéral, et je soumetts à votre attention le diagnostic porté par Frankish et ses collègues.

[Traduction]

À cet égard, la mise en oeuvre de politiques publiques favorables à la santé et de politiques d'évaluation de l'incidence sur la santé s'est heurtée à des difficultés : d'abord, des difficultés d'ordre politique, notamment la concurrence entre les divers secteurs et l'absence de volonté politique. Il y a eu aussi des difficultés d'ordre technique. Pour ma part, j'estime que ce dossier relève de vous. Sur le plan pratique et technique, le problème est de mettre en place une structure qui permettra de faire ces interventions.

[Français]

Or, la question depuis dix ans, 20 ans : La situation a-t-elle changé? L'expérience du Québec a permis de générer une expertise ou une pratique sur laquelle on peut s'informer. Elle a également soutenu le travail de recherche qui se fait autour de cette perspective, et donc, nous donne certains éclairages qu'on n'avait pas pendant que, à l'échelle internationale, le secteur de l'évaluation d'impact sur la santé a continué à développer des méthodes, des outils, ce qui nous met certainement en meilleure position maintenant qu'il y a 20 ans.

[Traduction]

Dr Ray Copès, directeur scientifique, Centre de collaboration nationale en santé environnementale : Bonjour. Je suis heureux de m'adresser à vous au nom du Centre de collaboration nationale en santé environnementale. Mes collègues vous ont déjà dit quelques mots sur les Centres de collaboration nationale. Le poste que j'occupe à titre de directeur scientifique du CCNSE est passionnant. Nous sommes nouveaux sur la scène de la santé publique canadienne, et nous avons bien l'intention d'y imprimer notre marque. Nous avons un rôle unique à jouer, et chacun des six centres a fermement l'intention d'atteindre ses objectifs en collaborant avec les autres.

Chaque centre a une spécialisation différente. Celle du CCNSE concerne directement l'un des déterminants de la santé que vous avez identifiés dans votre document, à savoir l'environnement physique. Quand le CCNSE a été créé, il y a quelques années, on nous a donné une définition relativement étroite de la santé environnementale. On nous a encouragés à nous limiter aux

health delivered at the local and regional level by public health organizations across Canada. We thought that was a good definition, but a bit limiting. We negotiated and pushed back a bit to look at environmental health issues beyond current status quo in local public health units and to look at ways in which we might address environmental health issues that were having a significant impact on mortality and morbidity in the Canadian population.

Before we got started with our work plan, we picked a client or a customer group. We are there to serve the needs of environmental health professionals at the local and regional level across Canada. What we do has to meet their needs. Their priorities are our priorities. We did an environmental scan before developing our first work plan. We went across the country, coast to coast to coast, talking to environmental health practitioners and policy-makers and researchers. We did key informant interviews with over 90 such individuals in every territory and province in Canada as well as in the federal sector.

I tried to summarize what we found in that scan in one of the slides I presented you with. Not surprisingly, we found that the delivery models for environmental health services across Canada varied dramatically depending on the province or territory. That makes some sense. Prince Edward Island is not the same as Ontario and, not surprisingly, the delivery models are quite different there.

We found important cross-cutting lessons as well that relate to the issues paper you asked us to read. We found in environmental health that there is very little monitoring, surveillance or tracking of environmental risk factors or exposures in Canada. To some extent, internationally Canada lags rather than leads in this area, and that causes me respectfully to question whether we do have good information on all the determinants of health for the Canadian population. In the environmental area, we are somewhat lacking.

There is also scant citeable evidence that many people delivering environmental health programs can provide as justification for their programs. That is not to say that the programs are not achieving objectives or are not worthwhile, but if you challenge people to provide a citation of scientific evidence, not much could be put forward.

We also found that there is relatively little evaluation of services and programs in environmental health. That speaks to another option you have under your first issue. Should we be looking at evaluating interventions and outcomes? Much of what we are doing, if evaluated, would show that it is effective. Probably some of what we are doing is not effective, however. We would like to do more of what works and perhaps not do as much of what does not work. There is real value in focusing on some

programmes et services de santé environnementale offerts aux niveaux local et régional par les organisations de santé publique du Canada. Nous avons pensé que c'était une bonne définition, mais qu'elle était un peu restrictive. Nous avons négocié et réussi à élargir la définition utilisée par les unités de santé locales, afin de pouvoir examiner les questions de santé environnementale qui avaient une incidence importante sur la mortalité et la morbidité de la population canadienne.

Avant d'arrêter notre plan de travail, nous avons défini notre clientèle. Notre rôle est de répondre aux besoins des professionnels de la santé environnementale au Canada, aux niveaux local et régional. Ce que nous faisons doit répondre à leurs besoins. Leurs priorités sont nos priorités. Nous avons fait une évaluation environnementale générale de la situation avant d'arrêter notre premier plan de travail. Nous avons sillonné le pays, d'un océan à l'autre; nous avons rencontré des praticiens, des décideurs et des chercheurs en santé environnementale. Nous avons interviewé plus de 90 d'entre eux dans tous les territoires et les provinces du Canada, ainsi que dans le secteur fédéral.

J'ai essayé de résumer nos conclusions de cette évaluation générale dans l'une des diapositives que je vous ai présentées. Nous n'avons pas été surpris de constater que les modèles de prestation de services en santé environnementale variaient beaucoup d'une province à l'autre. Cela se comprend. L'Île-du-Prince-Édouard n'a pas les mêmes besoins que l'Ontario, et il est donc normal que les modèles de prestation de services soient fort différents.

Nous avons également fait des constatations importantes qui concernent le document sur les enjeux que vous nous avez demandé de lire. Nous avons ainsi constaté qu'en santé environnementale, au Canada, il y a très peu de dispositifs de contrôle, de surveillance ou de suivi des facteurs ou expositions qui présentent un risque environnemental. Dans une certaine mesure, le Canada est en retard par rapport aux autres pays dans ce domaine, et cela m'amène à me demander si nous avons vraiment des données valables sur les déterminants de la santé pour la population canadienne. En ce qui concerne la santé environnementale, nous avons du retard.

Par ailleurs, bon nombre de responsables de programmes de santé environnementale n'ont guère de données probantes pour justifier leurs propres programmes. Cela ne veut pas dire que ces programmes n'atteignent pas leurs objectifs ou qu'ils ne servent à rien. Par contre, quand on leur demande de nous donner des preuves scientifiques pour justifier leurs programmes, ils n'en n'ont guère à nous donner.

Nous avons également constaté qu'on faisait peu d'évaluation des services et programmes en santé environnementale. Cela nous amène à parler d'une autre option de votre premier enjeu. Faudrait-il envisager d'évaluer les interventions et les résultats? Si nous évaluions tous nos programmes, nous nous rendrions compte que la plupart d'entre eux sont efficaces, mais il y en a peut-être qui ne le sont pas. Nous aimerions avoir davantage de programmes efficaces et peut-être moins de programmes

intervention research in environmental health and trying to motivate what is physical environment.

I have been in this field for a number of years. It is important to recognize that as well as being a determinant of health, environment includes the natural environment, which is what many people think of when they see British Columbia travel posters, and also the human environment, which in many respects is more important because that is the environment we are in right now. Very good research indicates that the typical Canadian spends over 85 per cent of their time indoors, breathing indoor air, exposed to an indoor environment. Exposures indoors are generally underappreciated and under-researched, and perhaps to some extent they are, I do not want to say under-regulated, but perhaps they do not attract as much attention from government agencies as they should.

In some parts of the country, environmental health programs include injury reduction. I urge folks to consider whether that important set of health outcomes should be included in environment or not.

As someone with training in medicine and toxicology, I tend to focus on biological, chemical and physical agents and how they can interact with the body and produce death or illness. It is important to think about the physical environment and its indirect effects on human health. A lot of interesting research is looking at how the buildings in which we live, work and go to school can affect our activities and exposure. Do these buildings offer us the opportunity to exercise and have fresh air?

The neighbourhoods and communities we live in can influence our eating habits. If we live in neighbourhoods where the only food or the nearest food is fast food as opposed to vegetables, fruit and fresh produce, then that can have a subtle effect on our dietary choices. If our neighbourhoods are not conducive to taking exercise, this can affect our choices on physical activity. The way we lay these neighbourhoods and communities out and the reliance on private vehicles as opposed to public transit, walking or cycling can be a powerful influence of the physical environment on major public health issues such as obesity and lack of physical activity.

I have presented a bit of information on World Health Organization, WHO, estimates of the environmental burden of disease. I do not want to get into this in great detail because we do not have time. However, if there is interest or more questions on that, I can try to answer them.

I would like to comment on one Canadian estimate of preventable deaths due to air pollution in eight major cities. I would point out that it is no coincidence that we have a specific

inefficaces. Je pense que nous aurions intérêt à nous concentrer sur certaines recherches et à essayer de définir ce qu'est l'environnement physique.

Je travaille dans ce domaine depuis un certain nombre d'années. Il faut bien comprendre qu'en plus d'être un déterminant de la santé, l'environnement comprend l'environnement naturel, et c'est ce à quoi beaucoup de gens pensent lorsqu'ils voient des publicités touristiques sur la Colombie-Britannique, ainsi que l'environnement humain, qui est à maints égards plus important puisque c'est l'environnement dans lequel nous nous trouvons. Selon d'excellentes études, le Canadien ordinaire passe plus de 85 p. 100 de son temps à l'intérieur, où il respire un air confiné et est exposé à un environnement intérieur. Les substances auxquelles nous sommes exposés à l'intérieur des bâtiments sont généralement insuffisamment évaluées et, sans vouloir dire qu'elles ne sont pas assez réglementées, je dirais qu'elles n'attirent pas assez l'attention des agences du gouvernement, tout au moins pas autant qu'elles le devraient.

Dans certaines de régions du pays, les programmes de santé environnementale comprennent la réduction des blessures. Je vous encourage à envisager de prendre en compte cette catégorie importante de données sur la santé.

Comme j'ai une formation en médecine et en toxicologie, j'ai tendance à m'intéresser aux substances biologiques, chimiques et physiques pour voir comment elles influent sur le corps humain en provoquant des maladies, voire des décès. Il est important de comprendre que l'environnement physique peut avoir des effets indirects sur la santé humaine. Des études fort intéressantes démontrent comment les immeubles dans lesquels nous vivons, travaillons ou étudions peuvent affecter nos activités et nos expositions. Ces immeubles nous donnent-ils la possibilité de nous exercer et de respirer de l'air frais?

Les quartiers et les collectivités dans lesquels nous vivons peuvent influencer sur nos habitudes alimentaires. Si nous vivons dans un quartier où l'unique épicerie ou l'épicerie la plus proche ne vend que des aliments tout préparés, par opposition à des légumes, des fruits et des produits frais, cela peut avoir une influence indirecte sur nos choix alimentaires. Si nous vivons dans un quartier qui ne se prête pas à l'exercice physique, cela peut influencer sur notre activité physique. La façon dont nous aménageons un quartier ou une collectivité, la dépendance que nous créons à l'égard de la voiture au lieu d'encourager les transports publics, la marche ou la bicyclette, tout cela contribue à créer un environnement physique qui peut avoir une incidence considérable sur des problèmes de santé publique comme l'obésité et la sédentarité.

Je vous ai présenté quelques statistiques de l'Organisation mondiale de la santé, l'OMS, à propos de la charge de morbidité imputable à l'environnement. Je ne rentrerai pas dans les détails, car nous n'avons pas beaucoup de temps, mais si vous avez des questions, j'y répondrai tout à l'heure.

J'aimerais parler maintenant d'une estimation qui a été faite du nombre de décès qui ont été causés par la pollution atmosphérique dans huit grandes villes du Canada et qu'on

estimate of mortality from air pollution in Canada. Why is that? If I try to think of nationwide information systems or databases on environmental exposures for Canadians, the only one I can think of is the National Air Pollution Surveillance, NAPS, database which takes results of common air pollutants in Canadian cities and puts them into a national database. That has been used by Health Canada scientists to do research on the relationships between common air pollutants in Canadian cities and a whole variety of health outcomes, largely cardiorespiratory in nature but looking at mortality, hospitalizations and physician office visits. That database, which is probably our best or only one in the environmental sector, has generated a lot of incredibly useful information. It has led to the estimate we have that 8 per cent of all preventable deaths are due to air pollution in eight major cities.

We are asked to think about health disparities. It is interesting that the figure for those preventable deaths is only 5 per cent in Vancouver and 10 per cent in Toronto-Hamilton. There is a disparity there. We are not used to thinking of Toronto as disadvantaged, but depending on the levels of air pollution we have in our cities, there are unequal risks being experienced by Canadians. I would suggest that for many other environmental factors there are disparities as well in the health risks faced by Canadians.

With respect to drinking water systems, we do not have a national database on what is in Canadian drinking water. The NCCEH is conducting a project that is trying to put together retrospectively a complete compilation of cases of water-borne illness in Canada. It is interesting that we have to do that retrospectively. Why is there not a complete reporting system? We do have some reporting, but we need to look at ways of improving the completeness and effectiveness of this reporting system.

We have heard about water supplies in First Nations communities, and these do not always meet acceptable standards. That may be very true, but I would suggest the real disparity here is not so much about First Nations versus non-First Nations but probably relates more to large water systems and small water systems. Across Canada, there is little concern about a Walkerton kind of event occurring in Toronto or Edmonton or Vancouver. However, there is a great deal of concern about how well we are able to operate water systems and to treat water in many smaller communities both on and off reserves.

With the physical environment as my focus, I suggest that we cannot look at those determinants in isolation. There is a figure in a discussion paper that carves up a pie into neat portions. My training in epidemiology would suggest that you cannot apportion or attribute out determinants of health into mutually exclusive categories.

aurait pu prévenir. Ce n'est pas un hasard si nous avons une estimation précise du nombre de décès causés par la pollution de l'air au Canada. Pourquoi? Lorsqu'on parle de systèmes d'informations ou de bases de données pancanadiens sur les expositions environnementales des Canadiens, le seul système qui me vienne à l'esprit est le Réseau national de surveillance de la pollution atmosphérique, le RNSPA. Ce système contient des données sur les polluants atmosphériques courants dans les villes canadiennes et leurs diverses incidences sur la santé, surtout d'ordre cardio-respiratoire, et prend en compte le nombre de décès, d'hospitalisations et de visites chez le médecin. Cette base de données, qui est sans doute la meilleure que nous ayons, si ce n'est l'unique, dans le secteur environnemental, nous a permis de recueillir des informations extrêmement utiles et de calculer, notamment, que 8 p. 100 de tous les décès qu'on aurait pu prévenir dans huit grandes villes canadiennes ont été causés par la pollution atmosphérique.

Puisqu'on nous demande de réfléchir aux disparités en matière de santé, il est intéressant de constater que le pourcentage de ces décès qu'on aurait pu prévenir n'est que de 5 p. 100 à Vancouver, mais qu'il est de 10 p. 100 à Toronto-Hamilton. Il y a bien une disparité ici. Nous n'avons pas coutume de dire que Toronto est une ville désavantagée, mais le fait est que, selon les niveaux de pollution atmosphérique que connaissent les villes, les Canadiens ne sont pas tous exposés aux mêmes risques. Je pense que, pour beaucoup d'autres facteurs environnementaux, il existe des disparités quant aux risques auxquels sont exposés les Canadiens.

En ce qui concerne maintenant nos systèmes d'eau potable, nous n'avons pas de bases de données nationales sur ce que contient l'eau potable au Canada. Le CCNSE a lancé un projet pour essayer de faire une compilation exhaustive et rétrospective des maladies transmises par l'eau au Canada. Il est curieux que nous devions faire cela rétrospectivement. En effet, pourquoi n'avons-nous pas de système de signalement systématique de ces maladies? Certains cas sont signalés, mais il faudrait que le système soit beaucoup plus exhaustif et beaucoup plus efficace.

Nous avons entendu dire que les systèmes d'adduction d'eau des collectivités des Premières nations ne répondaient pas toujours à des normes acceptables. C'est peut-être vrai, mais je crois que la disparité ne se situe pas vraiment entre les Premières nations et les autres collectivités non autochtones, mais plutôt entre les petits systèmes de distribution d'eau et les grands systèmes de distribution d'eau. Au Canada, il y a peu de risques qu'un événement comme celui qui s'est produit à Walkerton se produise à Toronto, à Edmonton ou à Vancouver. Par contre, les systèmes de distribution et de traitement de l'eau sont une grave source de préoccupation pour bon nombre de petites collectivités, qu'elles soient dans des réserves ou non.

L'environnement physique étant ma priorité, j'estime qu'il ne faut pas examiner tous ces déterminants séparément. Dans un document de travail, il y a un graphique en forme de fromage divisé en portions bien nettes. J'ai une formation en épidémiologie, et je peux vous dire qu'on ne peut pas répartir les déterminants de la santé de cette façon, dans des catégories qui s'excluent mutuellement.

An exact percentage will always be wrong no matter how we try. We are looking at a range, and I suggest that because we have relatively poor information on environmental factors, 10 per cent is probably an underestimate for environment. A WHO estimate, again incomplete, suggests that 13 per cent might be a better figure, but we do not want to quibble over percentages. The important things to look at are not only determinants in isolation but also the interaction of determinants and the fact that some of the socio-economic relationship between poor health outcomes is probably explained through differences in environmental exposures for less advantaged Canadians. Mechanisms are important because it is only through them that we are able to think about interventions and the steps we can take to remediate, rectify and reduce some of these disparities. Environmental factors are amenable to that kind of assessment.

We need better information, which speaks to the first option you have put forward. I wonder whether we need a Canadian institute for environmental information along the lines of the Canadian Institute for Health Information, CIHI? Often there is a great deal of federal and provincial data but there is not always good trust between the levels of government. Sometimes a model of an agency outside the federal-provincial-territorial framework can be helpful. We need to focus on mechanisms and develop policies and practices that look at the interaction of these health determinants. As well, we need to look at how we can build our physical environment and how that can affect things like obesity and diet. We need to integrate actions at federal, provincial and local levels and, above all, we need a better evaluation of outcomes. Let us find out what truly works. I appreciate the opportunity to address the committee and I look forward to questions.

Margo Greenwood, Scientific Director, National Collaborating Centre for Aboriginal Health: Good afternoon, honourable senators. As a Cree woman, indigenous scholar, mother of three, and academic leader or scientific director of the National Collaborating Centre for Aboriginal Health at the University of Northern British Columbia, I am both personally and professionally invested in the questions concerning population health policies in Canada, in particular as they are informed by social determinants of health.

It is a privilege and an honour to come before the committee today to offer some thoughts on behalf of the National Collaborating Centre for Aboriginal Health. The mandate of the NCCA is unique in the NCC program in its focus on the population. Our mandate is to support Aboriginal communities across Canada in realizing their health goals. The centre uses a coordinated, holistic and comprehensive approach to the inclusion of Aboriginal peoples, research and indigenous knowledge in a public health system that is respectful and responsive to First Nations, Inuit and Metis peoples and all

Nous aurons beau faire, un pourcentage précis sera toujours faux. Il faut plutôt envisager un ordre de grandeur, et j'estime que, parce que nous avons relativement peu d'informations sur les facteurs environnementaux, 10 p. 100 est probablement en dessous de la vérité pour ce qui est de l'environnement. Selon une estimation de l'OMS, 13 p. 100 serait un pourcentage plus exact, quoique incomplet. Mais ne pinaillons pas avec les pourcentages, l'important est de bien comprendre qu'il faut examiner non seulement les déterminants séparément mais aussi leurs interactions les uns avec les autres, certaines incidences négatives sur la santé des Canadiens moins favorisés pouvant être dues en partie à des expositions environnementales différentes. Il est important de mettre en place des mécanismes, car c'est grâce à eux que nous pouvons élaborer des interventions et des mesures destinées à corriger, rectifier et réduire certaines de ces disparités. Les facteurs environnementaux se prêtent à ce genre d'évaluation.

Nous avons besoin d'informations plus précises, ce qui nous amène à la première option que vous avez présentée. Je ne sais pas si nous avons besoin d'un institut canadien de l'information environnementale, qui jouerait le même rôle que l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS. On constate souvent qu'un grand nombre de données ont été recueillies au niveau fédéral et provincial, mais qu'il n'y a pas une grande confiance entre les deux niveaux de gouvernement. Le modèle d'une agence, hors du cadre fédéral-provincial-territorial, serait peut-être une solution. Il faut trouver des mécanismes et élaborer des politiques et des pratiques qui tiennent compte de l'interaction de ces déterminants de la santé. Nous devons également repenser la façon dont nous construisons notre environnement physique, en tenant compte des éléments qui influent sur l'obésité et le régime alimentaire. Nous devons intégrer nos interventions aux niveaux fédéral, provincial et local et, surtout, mieux évaluer les incidences sur la santé. Essayons de voir ce qui marche vraiment. Merci de m'avoir donné l'occasion de m'adresser à vous. Je suis prêt à répondre à vos questions.

Margo Greenwood, directrice scientifique, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone: Honorables sénateurs, bonjour. En tant que Crie, chercheuse et directrice scientifique du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, à l'Université Northern British Columbia, je m'intéresse personnellement et professionnellement aux questions relatives aux politiques sur la santé des populations, surtout en ce qui a trait aux déterminants sociaux de la santé.

C'est à la fois un honneur et un plaisir pour moi de comparaître devant votre comité aujourd'hui, au nom du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Le CCNSA se distingue des autres CCN par l'importance qu'il accorde à la population. En effet, nous avons pour mandat d'aider les collectivités autochtones du Canada à atteindre leurs objectifs en matière de santé. Notre centre adopte une approche coordonnée, holistique et intégrale visant à inclure les peuples et le savoir autochtones dans un système de santé publique respectueux des Premières nations et adapté à leurs besoins.

Canadians. I will focus my comments on issue 1 of the committee's issues and options paper, but I will address some aspects of other issues contained in the document as well.

In answer to what might be done to improve the information available on health disparities among First Nations, Inuit and Metis people, my thoughts are as follows: There is a distinct need for data specific to First Nations, Inuit and Metis peoples and for data that are national, regional and community based. Combining these distinct groups together under the term «Aboriginal» does not yield the meaningful evidence necessary to inform health approaches, policies and interventions, in particular at the community levels.

In their work, Dr. Charlotte Loppie and Dr. Fred Wein found that health surveys are critiqued for not comprehensively including all Aboriginal groups, yet when the groups are included, there are often survey methodologies and inaccuracies that make the data not comparable. Dr. Janet Smylie work on vital statistics registration surveillance in infant child health data also raises the need for specific and accurate information that distinguishes amongst Aboriginal peoples. How do we identify? In fact, as Smiley observes, we still do not have infant mortality rates being produced nationally or provincially. As well, we do not have provincial and territorial data that meet international or even national standards.

As for health indicators, there continues to be a need for the inclusion of specific First Nations, Inuit and Metis indicators addressing the underlying social determinants of health, such as self-determination, culture and the intergenerational effects of assimilation policies evidenced through residential schools and dislocation. The Assembly of First Nations' holistic approach to indicators that they developed in March 2006 and the UN Permanent Forum on Indigenous Issues identify a number of indicators that can address linkages between health and social determinants. Indicators concerning language, for instance, can determine how many people in a community speak an indigenous language, the number of related programs that exist and how many children are learning indigenous languages. Languages are key to children's identifying with communities and cultures.

Developing a comprehensive Aboriginal-specific health strategy for addressing health disparities is critical to the health and well-being of Aboriginal peoples. An individual program approach to prevention and treatment of ill health does not adequately address Aboriginal health needs. As well, it is not consistent with Aboriginal holistic views of health. Often in our communities, we hear people talk about holistic health and all of those things that impact our well-being. As was written in the Senate subcommittee document, the federal government has a unique opportunity to engage Aboriginal leaders in the development of an approach that would respect Aboriginal

L'essentiel de mes remarques portera sur l'enjeu n° 1 de votre document, mais j'aborderai certains aspects d'autres questions soulevées dans votre document.

Pour ce qui est de la nécessité d'améliorer les informations disponibles sur les disparités en matière de santé parmi les populations des Premières nations, les Inuits et les Métis, voici ce que j'ai à vous dire. Il est absolument nécessaire de recueillir, aux niveaux national, régional et communautaire, des données propres aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis. Le fait de rassembler ces trois groupes dans la catégorie « Autochtones » ne permet pas de recueillir des données suffisamment précises pour concevoir des approches, des politiques et des interventions appropriées, surtout au niveau communautaire.

Dans leurs études, la Dre Charlotte Loppie et le Dr Fred Wein constatent qu'on reproche aux enquêtes sur la santé de ne pas inclure tous les groupes autochtones, et, lorsque ces groupes sont inclus, d'utiliser des méthodologies imparfaites qui empêchent souvent d'utiliser les données recueillies à des fins de comparaison. Dans ses recherches sur la surveillance des inscriptions aux registres d'état civil relativement à la santé des nouveau-nés, la Dre Janet Smiley montre bien qu'il est nécessaire d'avoir des données distinctes et exactes sur chaque population autochtone. Comment faire la distinction? En fait, Smiley constate que nous ne calculons toujours pas le taux de mortalité infantile au niveau national ou provincial. Nous n'avons pas non plus de données provinciales et territoriales qui correspondent aux normes internationales ni même aux normes nationales.

En ce qui concerne les indicateurs de la santé, il est nécessaire d'inclure les indicateurs propres aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis, indicateurs qui doivent tenir compte des déterminants sociaux moins visibles de la santé, comme l'autodétermination, la culture et les effets intergénérationnels des politiques d'assimilation, comme les pensionnats et les déplacements de populations. L'Assemblée des premières nations a adopté une approche holistique en mars 2006 pour définir ces indicateurs, et l'Instance permanente sur les questions autochtones, des Nations Unies, a défini un certain nombre d'indicateurs qui font un lien entre les déterminants de la santé et les déterminants sociaux. Les indicateurs relatifs à la langue, par exemple, permettent de déterminer combien de personnes, dans une collectivité donnée, parlent une langue autochtone, le nombre de programmes existants pour l'enseignement de cette langue et combien d'enfants apprennent des langues autochtones. L'apprentissage d'une langue est essentiel pour qu'un enfant s'identifie à une communauté et à une culture.

Il est essentiel que l'on élabore une stratégie de santé propre aux Autochtones, car c'est en supprimant les disparités dans ce domaine que l'on améliorera la santé et le bien-être des peuples autochtones. Une approche fragmentée de la prévention et du traitement de la maladie ne permet pas de répondre adéquatement aux besoins des Autochtones. Une telle approche ne cadre pas non plus avec la vision holistique que les Autochtones ont de la santé. Souvent, dans nos communautés, nous entendons des gens parler de santé holistique et de tous ces éléments qui ont une incidence sur notre bien-être. Comme l'indique le document du sous-comité sénatorial, le gouvernement fédéral a aujourd'hui

concepts of health and improve the focus, the organization and the delivery of governmental services. This would mean engaging with Aboriginal political leaders, leaders in health research, community stakeholders, members and related non-governmental organizations and entities. This approach would not only demand coordination of governmental programs and services but would also require building upon the strengths of existing entities, such as the national collaborating centres, the National Aboriginal Health Organization, NAHO, and the Institute of Aboriginal People's Health in CIHR. Some of those entities exist.

One might also look to ground-breaking examples, such as the Tripartite First Nations Health Plan, an agreement signed between Canada, British Columbia and the British Columbia First Nations Leadership Council. This agreement ensures that First Nations are fully involved in decision making regarding the health of their peoples. Aboriginal groups have also developed comprehensive frameworks for public health. In 2006, the AFN developed a public health framework for improving the health of the people in our communities. The Inuit are developing their framework, and the Metis have also developed a similar document. In addition, the government could provide high-level support to Aboriginal leadership undertaking First Nations, Inuit and Metis health assessments through existing mechanisms, such as the First Nations Regional Longitudinal Health Survey.

In short, we have high-level agreements that can help us to guide implementation strategies; and we have some examples. We have models of shared governance to draw upon. We have capacity as well as public health frameworks developed by Aboriginal people. We have mechanisms upon which to build a comprehensive and coordinated plan for the Aboriginal health and well-being of Canada.

Finally, I will close with my thoughts on population health research and knowledge translation. There is an ongoing need for adequate support for innovative, community-based research that ascertains policy program and service interventions, ones that work and ones that do not work as well. I think we heard that from Ms. Beanlands earlier. Since 2000, the federal government has supported development of NAHO and the NCCAH, which are engaged to various degrees in research and knowledge translation. These organizations can help develop a concerted national Aboriginal health research agenda with strong collaborative partnerships, with the strength and linkages between government, research institutions, communities and organizations.

l'occasion de faire participer les dirigeants autochtones à l'élaboration d'une approche qui respectera les concepts autochtones de la santé et qui permettra de mieux cibler, de mieux organiser et de mieux dispenser les services gouvernementaux. Cela signifie qu'il faudra faire participer les dirigeants politiques autochtones, les chercheurs en santé, les partenaires communautaires, les membres des groupes et les organisations et entités non gouvernementales qui oeuvrent dans le domaine. Une telle approche nécessitera non seulement une coordination entre les programmes et services gouvernementaux, mais aussi un certain savoir-faire pour tirer parti des forces des entités existantes, comme les Centres de collaboration nationale, l'Organisation nationale de la santé autochtone, l'ONSA, et l'Institut de la santé des Autochtones, des IRSC. Ces entités existent déjà.

On pourrait également s'inspirer de certaines réalisations remarquables comme le Plan tripartite pour la santé des Premières nations, accord qui a été signé entre le Canada, la Colombie-Britannique et le British Columbia First Nations Leadership Council. Cet accord garantit que les Premières nations participent pleinement aux décisions qui sont prises en ce qui concerne la santé de leurs membres. Les groupes autochtones ont aussi défini des politiques générales en matière de santé publique. En 2006, l'APN a élaboré une politique-cadre de santé publique pour améliorer la santé des membres de ses communautés. Les Inuits sont en train d'élaborer leur propre politique-cadre, et les Métis ont eux aussi préparé un document semblable. De plus, le gouvernement pourrait aider les dirigeants autochtones à entreprendre des évaluations de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis, en utilisant les mécanismes existants, comme l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières nations.

Bref, nous avons déjà des accords à haut niveau qui nous permettent d'orienter des stratégies de mise en oeuvre, et nous avons déjà de bons exemples de ce genre de réalisations. Nous avons aussi des modèles de gouvernance partagée dont nous pouvons nous inspirer. Nous avons la capacité de le faire, et nous avons aussi ces politiques-cadres de santé publique qui ont été définies par les Autochtones. Nous avons les mécanismes nécessaires pour mettre en place un plan complet et coordonné pour la santé et le bien-être des Autochtones du Canada.

Enfin, permettez-moi de conclure en disant quelques mots de la recherche sur la santé des populations et sur l'application des connaissances. Nous avons besoin de soutien pour entreprendre des recherches communautaires novatrices afin de déterminer quels programmes et services fonctionnent et lesquels fonctionnent moins bien. Je crois que Mme Beanlands vous a dit la même chose tout à l'heure. Depuis 2000, le gouvernement fédéral a contribué à la création de l'ONSA et du CCNSA qui s'intéressent tous deux, à des degrés divers, à la recherche et à l'application des connaissances. Ces deux organisations pourraient contribuer à l'élaboration d'un programme national de recherches sur la santé des Autochtones, programme qui nécessiterait de solides partenariats ainsi que des passerelles entre les gouvernements, les établissements de recherche, les communautés et les organisations.

One of the highlights of our own NCCAH work was an inaugural forum in February 2008 on the indigenous social determinants of health. This forum for the first time brought together representatives from many and varied sectors, including government departments across the country, to explore indigenous social determinants of health in their broader context. We are also nearing completion of a comparative inventory of Aboriginal health policies that are in place at the national, provincial and territorial levels. This is a tool that we have developed for researchers and policy-makers and is hopefully useful to community members as well. We have a number of activities going on that support the population health agenda.

In closing, when it comes to addressing this complex multi-faceted and interconnected issue of social determinates of Aboriginal health and well-being, I would urge you to consider starting with children. Almost half the Aboriginal population consists of children aged 24 and under. It would seem sensible at an early age to deal with the health consequences that we see manifested in adulthood. It is in our children where so many social determinants, including poverty, culture, education, employment, language and self-determination, all intersect.

I thank you for the opportunity to present my thoughts on behalf of the NCCAH.

The Chair: Thank you very much. A number of senators want to question you, and I would like to begin.

We are reaching the point where we are working with a structural framework for our final report on the recommendations. You are here to help us wire it, so to speak. The information system will be of vital importance as this whole movement unfolds for the tracking of progress and the identification of needs and the identification of change and so forth.

We are working towards identifying what we need at the highest level of the federal government. We are working towards what we need on the ground. We selected at the beginning two areas to target so that we could implement our recommendations from top to bottom. These two areas are Aboriginal health and maternal, child and adolescent development and so forth.

I was pleased, Ms. Greenwood, that you repeated something I heard during the mental health hearings from the native communities, and that is that there are problems with the children and there are problems with the mothers and with the older children, particularly the young adults, who feel disenfranchised. We cannot leave them out.

Here is what I would like you all to address, if you can, starting with Ms. Beanlands and going in the order of your presentations. We have a tremendous number of good things in place, many of which were mentioned, through CIHR and the new Public Health Agency, a new atmosphere of cooperation federally and provincially through public health and through CIHI's population health initiative, and the Statistics Canada

L'une des grandes de réalisations du CCNSA a été la création, en février 2008, d'un forum sur les déterminants sociaux de la santé des Autochtones. Ce forum a permis de réunir, pour la première fois, des représentants de nombreux secteurs variés, y compris des ministères gouvernementaux de tout le pays, pour discuter des déterminants sociaux de la santé des Autochtones dans un contexte plus large. Par ailleurs, nous sommes en train de mettre la dernière main à un inventaire comparatif des politiques de santé autochtones qui existent aux niveaux national, provincial et territorial. Cet outil, que nous avons mis au point à l'intention des chercheurs et des décideurs, devrait aussi être utile aux membres des communautés. Nous avons donc entrepris un certain nombre d'activités dans le secteur de la santé des populations.

Pour terminer, s'agissant de cette question fort complexe que sont les déterminants sociaux de la santé et du bien-être des Autochtones, je pense qu'il est très important de commencer par les enfants, car les moins de 24 ans représentent près de la moitié de la population autochtone. Il est évident qu'il faudrait commencer dès le plus jeune âge à contrer les effets sur la santé qui se manifestent plus tard à l'âge adulte. C'est pendant l'enfance que beaucoup de déterminants sociaux s'exercent en même temps, notamment la pauvreté, la culture, l'éducation, l'emploi, la langue et l'autodétermination.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de vous faire part de mes réflexions, au nom du CCNSA.

Le président : Merci beaucoup. Un certain nombre de sénateurs désirent vous poser des questions, mais j'aimerais être le premier.

Pour ce qui est de notre rapport final sur les recommandations, nous en sommes à l'étape de l'élaboration d'un cadre structurel, et votre rôle ici est de nous aider à l'articuler, pour ainsi dire. Le système d'information aura une importance cruciale, tout au long du processus, pour le suivi des progrès, l'identification des besoins, la mesure du changement, et cetera.

Nous essayons de déterminer ce dont nous avons besoin au plus haut niveau du gouvernement fédéral, et également ce dont nous avons besoin sur le terrain. Au départ, nous avons sélectionné deux secteurs cibles pour mettre en oeuvre nos recommandations de haut en bas. Ces deux secteurs sont la santé autochtone et le développement de la mère, de l'enfant et de l'adolescent.

Je suis content, madame Greenwood, de vous avoir entendue dire quelque chose que j'avais déjà entendu dans des communautés autochtones, lors de nos audiences sur la santé mentale, à savoir qu'il y a des problèmes avec les enfants et qu'il y a aussi des problèmes avec les mères et avec les enfants plus âgés, surtout les jeunes adultes qui se sentent exclus. Nous ne devons pas les oublier.

J'aimerais poser une question à laquelle j'aimerais que vous me répondiez tous, en commençant par Mme Beanlands puis les autres témoins, dans l'ordre de leurs interventions. Il y a déjà beaucoup de bonnes choses en place, et on en a mentionné un grand nombre, grâce au CCNSA et à la nouvelle Agence de santé publique; un nouveau climat de collaboration s'est instauré aux niveaux fédéral et provincial dans le domaine de la santé

information system, which they are prepared to adapt. We have had them before us and talked to them about it. It is my belief that we really have to concentrate on community to make this meaningful, because the system, way up there at the top, cannot give you the information you need to translate into the kinds of communities you talked about, Ms. Beanlands.

What resources do you think we must embrace to give us the ability to establish what information we have now? We have plenty of information now to take some action, but how then to build on that information and to measure the progress we are making, whether it be on environment, air pollution, or the correction of poverty, or through the solution to drinking water nationwide?

Ms. Beanlands: I shall start. I know my colleagues will help me out here.

The question is a provocative and important one. We have a lot of information. We have to make a good assessment of what it is that we have and also do an evaluation of how accurate that information is. We have to look at what we should keep and maybe what we should not use.

There will be several challenges, including the definitions on which the data was collected. What does the data really mean? Does it mean what we think it means? Do we all have the same understanding of the label that the data was given when it was collected?

There is another challenge in the data we have. I believe we have good data on education, but what does that mean in terms of the social determinants of health? Is education the same as literacy? Is education the same as health literacy? How do we unpack those concepts?

We know that social networks are important, but we have no information in this country that can be compared between communities.

Another challenge is that we need a framework upon which to collect the information. I would submit that perhaps the determinants of health could provide such a framework. They are comprehensive, interrelated and, I believe, could help change the paradigm for how we think about health. Health services are important and are one of the determinants of health, but they are only one of 12 that you have listed in your report. Where do they stack up? How much money are we now spending on that one determinant when we compare it to the other determinants?

We need to have an information system that does a number of things, including measuring those determinants in a way that can be compared across the country. Data needs to be collected at the community level, because once we have it at the community level we can roll it up into regional, provincial and national levels; but

publique. Il y a l'initiative en santé publique de l'ICIS, et il y a le système d'information de Statistique Canada que les responsables sont prêts à adapter, c'est ce qu'ils nous ont dit lorsqu'ils ont comparé devant notre comité. J'ai l'impression que nous allons devoir nous concentrer au niveau communautaire si nous voulons mettre en place une structure qui se tienne, car si l'on reste dans les hautes sphères, le système ne pourra pas nous donner les informations dont nous avons besoin pour que tout cela se traduise au niveau des collectivités, comme vous l'avez dit, madame Beanlands.

De quelles ressources avons-nous besoin pour pouvoir tirer parti de l'information dont nous disposons déjà? Nous disposons de beaucoup d'informations, la question est de savoir comment en tirer parti et comment mesurer les progrès, qu'il s'agisse d'environnement, de pollution atmosphérique, de lutte contre la pauvreté ou du problème de l'eau contaminée.

Mme Beanlands : Je vais commencer, et mes collègues viendront ensuite certainement à mon aide.

Votre question est importante et mérite réflexion. Nous disposons de beaucoup d'informations, mais il faut en faire un inventaire précis et en vérifier l'exactitude. Il faut définir ce que nous voulons garder et, éventuellement, ce que nous ne pouvons pas utiliser.

On se heurtera à des difficultés, notamment les définitions à partir desquelles les données ont été recueillies. Quelle est la signification réelle de ces données? Est-ce la signification à laquelle on pense? Est-ce qu'on comprend tous de la même façon la définition qui a été attribuée à telle donnée lorsqu'elle a été recueillie?

Un autre problème va se poser. Nous avons, je pense, des données valables sur l'éducation, mais qu'est-ce que cela signifie par rapport aux déterminants sociaux de la santé? Éducation et littératie sont-elles synonymes? Éducation est-elle synonyme de littératie en santé? Comment peut-on décortiquer ces concepts?

Nous savons que les réseaux sociaux sont importants, mais nous n'avons pas au Canada d'informations que l'on puisse comparer d'une collectivité à l'autre.

Une autre difficulté consistera à définir le cadre dans lequel ces informations seront recueillies. Je pense que les déterminants de la santé pourraient en être un. En effet, ils couvrent tout, ils sont reliés les uns aux autres, et je pense qu'ils pourraient nous aider à modifier notre définition de la santé. Les services de santé comptent parmi les déterminants de la santé; ils sont importants, certes, mais ils ne représentent que l'un des 12 déterminants énumérés dans votre rapport. Quel poids ont-ils? Combien d'argent consacrons-nous à ce déterminant par rapport aux autres déterminants?

Il nous faut un système d'information capable de faire un certain nombre de choses, notamment de mesurer ces déterminants et de faire des comparaisons d'une région à l'autre du pays. Il importe de recueillir les données au niveau communautaire, car, à partir du moment où nous les avons au

when we collect data the other way around, it is hard to roll it down from pan-Canadian to provincial, to territorial, to regional, to community levels.

It is important that the communities be involved in identifying what is important to collect. I know that is a shift in thinking. We do not necessarily do that now, but I believe that will be an important consideration.

We need to have people understand the importance of data, have them feel that they can control their data and have them give us accurate data. That is another whole dimension of the information we collect.

[Translation]

Mr. Benoit: I think we can refer to some of the lessons given at user meetings.

[English]

The user meeting on the environmental scan that we did at the beginning of the NCC program informed us, and we will continue to do that. A key message we heard is that people want to have a one-stop shop, and that relates to policy and other things.

We were also told that there are some good chunks of information about policy program indicators, but they are stuck in silos and in different parts of the country. We want to bridge them, again referring to the bridge function of the national collaborating centre.

Finally, most important for policy, and it could apply to data as well, is that we need to have a way to make sure that people have the tools so that they can contextualize how it applies to them and how can they apply that to their community level or their actions.

Dr. Copes: That is an excellent question, and it is important that we not lose sight of the community or local relevance of what we are trying to do. When I think about CIHI, and I mentioned possibly a Canadian institute for environmental information, it is a big macro system that feeds the policy-makers. It will not have the impact it should.

Some of the CIHI reports I have seen that create local interest are on different hospital outcomes in different parts of the country. People ask questions. Sometimes those reports may have more hidden in them than what meets the eye.

Along the environmental side, there is an interest in environmental issues across the country. There is not much information, and in many of the local issues I have dealt with, folks are far too fearful, in many respects, than they should be about the environment, and that is a negative impact. Kids stay inside. We are worried about air pollution and all sorts of risks

niveau communautaire, nous pouvons les transposer aux niveaux régional, provincial et national; par contre, quand on les recueille au niveau national, il est difficile de les transposer aux niveaux provincial, territorial, régional ou communautaire.

Il est important que les collectivités participent au choix des données qui seront recueillies. Je sais que cela représente un changement de paradigme et que ce n'est pas toujours ce que nous faisons à l'heure actuelle, mais je pense que c'est un changement important.

Il faut aussi que les gens comprennent l'importance des données, qu'ils aient l'impression qu'ils contrôlent leurs données et qu'ils nous fournissent des données exactes. C'est toute une autre dimension des données que nous recueillons.

[Français]

M. Benoit : Je pense qu'on peut faire référence à certains des enseignements donnés lors de rencontres avec des usagers.

[Traduction]

La rencontre avec les utilisateurs que nous avons organisée au sujet de l'évaluation environnementale que nous avons faite au début du programme des CCN nous a permis de tirer certains enseignements, et nous allons continuer à en organiser. L'un des messages importants que nous avons entendus est que les gens veulent avoir un guichet unique, qu'il s'agisse de politique ou d'autre chose.

On nous a dit aussi qu'il existait beaucoup d'informations sur les indicateurs de programmes, mais que ces informations étaient entreposées dans différents endroits du pays, sans lien entre eux. Il faut absolument décloisonner tout cela, et j'en reviens à la fonction de passerelle que doit avoir le Centre de collaboration nationale.

Enfin, cela concerne surtout la politique mais cela pourrait s'appliquer aussi aux informations, il faut que les gens aient les outils nécessaires pour contextualiser comment ces données peuvent s'appliquer à eux et comment elles peuvent s'appliquer au niveau de leur collectivité.

Dr Copes : C'est une excellente question, car il est important que ce que nous cherchons à faire ait une pertinence au niveau local ou communautaire. Quand je pense à l'ICIS, et j'ai parlé de la création éventuelle d'un institut canadien sur l'information environnementale, c'est un énorme système macro qui alimente les décideurs. Cela n'aura pas l'impact qu'on recherche.

Certains des rapports de l'ICIS que j'ai vus et qui ont suscité un intérêt local portent sur les résultats de différents hôpitaux de diverses régions du pays. Les gens posent des questions. Parfois, ces rapports contiennent plus d'informations qu'on ne le voit à la première lecture.

Pour ce qui est de l'environnement, c'est un sujet qui suscite beaucoup d'intérêt dans l'ensemble du pays. Il n'existe pas beaucoup d'informations, et dans bien des dossiers locaux que j'ai eus à traiter, les gens ont beaucoup trop de craintes à l'égard de l'environnement, et cela a une incidence négative. Par exemple, on garde les enfants à l'intérieur, on a peur de la pollution

out there from the environment when we should be viewing the environment in more of a First Nations' type of framework as a source of sustenance and nourishment for all of us, and we have lost some of that.

How can we take a big information system, or information, and relate it to the community level? Perhaps we can use benchmarks or indicators for things like your local water system. How much do Canadians know about where their water comes from? How does their particular drinking water source, in objective terms, compare with appropriate benchmarks, such as other communities in their province and across Canada, adjusting for size and making for true comparability?

Can we generate information that will inform or put in context many of the important environmental factors, stimulate questioning and, perhaps more important, bring about appropriate action where there are disparities or where one community looks like it is not as well off as another community? We can do that with the information systems I would envisage in environmental health.

Returning to maternal and child health, parents are particularly concerned about children, and we have some fears and challenges about Canada's youngest Canadians. We also have some incredible success stories. It amazes me the amount of media attention we still get about childhood lead exposures. Lead exposure reduction is a huge public health success story, and if we compare the lead exposures to children in my kids' generation to mine or my parents', we have made huge progress, but many other exposures have gone up. Information on Canada's youngest Canadians can provide us with information, almost like the canary in the coal mine, such as the following: Where are these exposures coming from? How quickly are we exposed? What are the sources? How can we intervene specifically through something like Health Canada's banning of BPA in baby bottles or other targeted interventions that are likely to have an effect and address those exposures that are going up, rather than worrying about exposures that have come down dramatically in the last half century? We should probably channel a lot of that interest and effort into dealing with emerging and new problems, which we can only pick up through an information system and monitoring and tracking of exposures that we are not yet doing in this country. We could take that on a consistent basis nationally and roll it out or have report cards and reports that could be relevant at a community level, too.

Ms. Greenwood: At this time, we have some specific indicators, but we need a lot of research and greater understanding of indicators of help that would be specific to Aboriginal populations. We have got some building to do there.

atmosphérique et de tous les autres risques que pose l'environnement, alors que nous devrions considérer l'environnement un peu comme le font les Premières nations, c'est-à-dire comme une source de subsistance et de nourriture pour les êtres humains. Nous avons un peu perdu cette notion-là.

Comment relier un gros système d'information, ou l'information tout court, au niveau communautaire? On pourrait par exemple utiliser des repères ou des indicateurs à des choses comme le système local d'adduction d'eau. Les Canadiens savent-ils d'où vient l'eau qu'ils boivent? Peut-on comparer, en utilisant des repères objectifs, la source de l'eau qui alimente une collectivité à celle d'autres collectivités de la province ou du pays, en tenant compte de la taille de la collectivité et en choisissant deux collectivités comparables?

Est-il possible de recueillir des données qui documenteront ou mettront en contexte un grand nombre de facteurs environnementaux importants, qui stimuleront les questions et qui, surtout, déclencheront des interventions appropriées lorsque les disparités le justifieront ou lorsqu'une collectivité aura l'impression de ne pas être aussi bien lotie qu'une autre? Cela sera possible avec les systèmes d'information que j'envisage en santé environnementale.

Pour en revenir à la santé de la mère et de l'enfant, j'aimerais vous dire que les parents s'inquiètent beaucoup pour leurs enfants. Certes, nous avons des craintes et des problèmes au sujet des plus jeunes enfants, mais nous avons eu aussi des succès incroyables. Je suis toujours surpris de voir combien les médias s'intéressent à l'exposition des enfants au plomb. Or, nous avons réussi à réduire considérablement les taux d'exposition au plomb, et c'est un grand succès. Si nous comparons les taux d'exposition des enfants d'aujourd'hui à ceux de ma génération ou à celle de mes parents, nous voyons que nous avons fait d'énormes progrès. En revanche, beaucoup d'autres expositions, elles, se sont aggravées. En recueillant des données sur les jeunes enfants au Canada, on peut avoir ce genre d'informations. C'est un peu comme le canari dans la mine de charbon, et il faut se demander : d'où viennent ces expositions? À quelle vitesse y sommes-nous exposés? Quelles en sont les sources? Comment pouvons-nous intervenir? Devons-nous faire comme Santé Canada lorsqu'il a interdit le BPA dans les biberons? Devons-nous choisir des interventions ponctuelles et ciblées, qui auront un effet sur les expositions en progression, plutôt que de continuer de redouter des expositions qui ont considérablement diminué au cours des 50 dernières années? À mon avis, nous devrions canaliser cet intérêt pour l'environnement vers les nouveaux problèmes qui apparaissent, et ces nouveaux problèmes, nous ne pouvons les connaître que grâce à un système d'information, de contrôle et de suivi des expositions, ce qui n'existe pas au Canada. Nous devrions effectuer ces contrôles et ces suivis de façon régulière au niveau national et, ensuite, transposer les données dans des fiches ou des rapports qui auraient leur pertinence au niveau communautaire.

Mme Greenwood : À l'heure actuelle, nous disposons de certains indicateurs spécifiques, mais il va falloir entreprendre bien d'autres recherches pour mieux comprendre quels indicateurs sont propres aux populations autochtones. Il y a du travail à faire.

Also, as I said earlier, there is work to do just collecting basic information and vital statistics. It happens in some places, but it is not consistent, so we cannot really look at Aboriginals compared to other people.

We have some relationships and some entities that we can build upon. Some places and pieces are doing things well. At the community level, a number of examples of data collection work very well in those communities, and we need to bring those forth and give them voice so that we can all know about them and add that to our information. We have that building to do.

In terms of capacity, I think about human resources as well, not just infrastructure capacity and the mechanism of doing it. How do we build capacity in Aboriginal communities to collect, know and analyze this data and to facilitate those interfaces with the provinces, the territories and nationally? If we are talking about the community level up, a lot of building and infrastructure has to happen. However, we have relationships and examples.

To go back to a comment I made earlier, it struck me that you said in your document that sectors other than health have the greatest potential to improve or worsen population health and well-being and to reduce health disparities. That is really poignant to me because in the communities, we think about holistic health. If I was talking with elders we would probably talk about holism, about holistic health. They would probably not have the same concept as we do about population health, but holistic health would be that piece. I think about all those other pieces that we have lots of statistics on beyond the health sector, for example education and employment, and how we bring those together.

Earlier I mentioned a meeting that we hosted here; we invited Aboriginal organizations with a national mandate. Of the 56 such organizations in the country, 49 were represented at the meeting, and they told us that they had never been together in the same room to talk about this. Yet we all carried the same vision for our children, families and communities and for our health and well-being.

I was struck by that comment, and I think that holistic health from an Aboriginal perspective reaches down to when we are looking at indicators and back up again. In your document, you also talked about vertical and horizontal movement. We can see that holistically and circularly, too.

The Chair: I have another important question for you, but I have to let the other senators go first.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, il y a aussi du travail à faire au niveau de la collecte des renseignements sur l'état civil. Cela se fait dans certains endroits, mais ce n'est pas généralisé, donc on ne peut pas faire de comparaisons entre les Autochtones et les autres Canadiens.

Il y a certains systèmes et certaines entités qui fonctionnent bien et qu'on pourrait renforcer. Dans certains endroits, cela marche plutôt bien. Dans certaines collectivités, les systèmes de collecte des données fonctionnent très bien. Ce qu'il faut faire, c'est permettre à ces collectivités de s'exprimer pour que nous puissions en savoir davantage à leur sujet et ainsi inclure leurs données dans nos bases de données. Voilà ce qu'il faut faire.

Pour ce qui est de la capacité, je pense aussi aux ressources humaines, et pas seulement à l'infrastructure et aux façons de procéder. Comment faire pour que les collectivités autochtones aient la capacité de recueillir, de compiler et d'analyser ces données et d'assurer l'interface avec les niveaux provincial, territorial et national? Si nous voulons que les données partent de la communauté et remontent dans le système, il va falloir développer les capacités et les infrastructures. Mais cela s'est déjà fait, nous en avons des exemples.

Pour en revenir à ce que je disais tout à l'heure, je dois vous avouer que j'ai été très étonnée lorsque j'ai lu, dans votre document, que c'étaient des secteurs autres que celui de la santé qui avaient le plus grand potentiel d'améliorer ou d'aggraver la santé des populations et de réduire les disparités dans le domaine de la santé. Cela me touche beaucoup car, dans nos communautés, nous considérons la santé d'une façon holistique. Si je discutais avec des anciens, nous parlerions probablement d'holisme ou de santé holistique. Ils n'auraient sans doute pas la même conception que vous de la santé des populations, ils parleraient plutôt de santé holistique. Je pense aussi à tous les autres éléments à propos desquels nous avons beaucoup de statistiques, en dehors du secteur de la santé, par exemple l'éducation et l'emploi, et comment nous pourrions relier tous ces éléments.

J'ai parlé tout à l'heure d'une rencontre que nous avons organisée. Nous avons invité toutes les organisations autochtones ayant un mandat national. Sur 56 organisations de ce genre au Canada, 49 ont envoyé un représentant à cette rencontre, et ils nous ont dit qu'ils ne s'étaient jamais retrouvés tous ensemble, dans la même salle, pour parler de cette question. Et pourtant, nous avons tous la même vision en ce qui concerne nos enfants, nos familles, nos collectivités, notre santé et notre bien-être.

C'est pour cela que cette phrase de votre document m'a surprise; les Autochtones ont une vision holistique de la santé, qui comprend les indicateurs dont vous parlez et bien d'autres aussi; il y a un mouvement, ce n'est pas statique. Je constate d'ailleurs que vous parlez aussi, dans votre document, de mouvement vertical et horizontal. Holistiquement, cela peut se concevoir, mais ça peut être aussi circulaire.

Le président : J'ai une autre question importante à vous poser, mais je vais laisser parler les autres sénateurs.

Senator Cochrane: Dr. Copes, you indicated that our neighbourhoods and our communities can influence our eating, our physical activity and our social interactions. Have you examined options for how to design communities that promote health? Can you think of any models where healthy eating, physical activity and social engagement have been achieved?

Dr. Copes: A colleague of mine, Dr. Larry Frank, who has recently come to Canada from the U.S., has done a lot of research mostly on walkability and the influence of community design on physical activity. There is certainly good research literature there. Many of his papers would address the physical activity part of the environment.

There is also emerging literature on proximity to fast food outlets versus other sources of food. I am not as familiar with that literature, but it would also support the view that if you live or work within say 500 metres of fast food outlets, you are less likely to consume fresh fruits and vegetables than you are if those are available nearby.

There is a market in the lobby of a government building in Victoria. Although I think that is a wonderful intervention, we are again falling into the pattern of putting in something new — in this case a farmer's market — but we are not evaluating what kind of a change it will have on the diets of people who work in that building. The irony is that we are putting in innovations and interventions but we are failing to ask how much of a difference they might make.

Similarly, with respect to social engagement, some emerging literature looks at how close together houses are built and whether there is an opportunity for interaction in front yards or everything is set back and the development is oriented to private space in backyards. The question is whether this promotes or prevents the engagement of people on the same block and the extent that we feel part of a neighbourhood or community. There is some research, but I fear we are stumbling around and not evaluating many of these things as rigorously and frequently as we should. I think this is a wonderful area for research and also for improving the health of Canadians on some of the big issues that face us.

My colleague mentioned the topic of food in schools. Some provinces are undertaking to get junk food out of schools. There you have more of a captive audience. Again, are we evaluating that and documenting the extent of the effect, or are we simply implementing the change and not doing the before and after comparison?

Ms. Beanlands: I think it is inconsistent, and I encourage the support of these evaluations wherever possible, because they are extremely important.

Dr. Copes: What works and what does not.

Le sénateur Cochrane : Docteur Copes, vous avez indiqué que les quartiers et les collectivités peuvent avoir une influence sur nos habitudes alimentaires, notre activité physique et nos interactions sociales. Avez-vous des scénarios à proposer quant à l'aménagement de collectivités favorables à la santé? Avez-vous des exemples à nous donner de collectivités dont l'aménagement encourage de saines habitudes alimentaires, l'activité physique et les interactions sociales?

Dr Copes : L'un de mes collègues, le Dr Larry Frank, qui est récemment arrivé des États-Unis, a fait beaucoup de recherches sur l'influence de l'aménagement urbain sur l'activité physique et sur les déplacements à pied, notamment. Ce sont des études intéressantes, et beaucoup portent sur l'environnement et la sédentarité.

Des études commencent également à sortir sur la proximité des épiceries qui vendent des aliments tout préparés, par opposition à des épiceries qui vendent des légumes et des produits frais. Je ne suis pas très au courant de ce genre d'étude, mais elles démontrent elles aussi que si vous habitez ou travaillez à moins de 500 mètres d'une épicerie vendant des aliments tout préparés, vous avez moins tendance à consommer des fruits et des légumes frais que si vous pouvez vous procurer ces derniers à proximité.

Dans le hall d'un immeuble gouvernemental à Victoria, les gens ont décidé d'organiser un marché de produits agricoles. Même si je crois que c'est une idée extraordinaire, on a choisi encore une fois de mettre du neuf, en l'occurrence un marché, dans une structure existante, sans évaluer l'effet que cela aura sur les habitudes alimentaires de ceux qui travaillent dans cet immeuble. Ce qui est curieux, c'est que nous mettons en place des interventions novatrices sans avoir si elles vont avoir un impact réel.

De la même façon, pour ce qui est des interactions sociales, on commence à étudier dans quelle mesure la proximité des maisons encourage les contacts dans la cour d'entrée ou bien si l'aménagement privilégie le jardin privatif de l'arrière de la maison. On essaye de savoir si cela encourage ou freine les contacts entre les habitants d'un même pâté de maisons, et dans quelle mesure ces derniers ont l'impression de faire partie d'un quartier ou d'une collectivité. Cette question fait l'objet d'études, mais j'ai l'impression que nous n'avançons pas beaucoup, car nous n'évaluons pas tous ces éléments de façon aussi rigoureuse et aussi assidue que nous le devrions. C'est un sujet de recherche extrêmement intéressant, car c'est un moyen d'améliorer la santé des Canadiens à bien des égards.

Ma collègue a parlé de la nourriture dans les écoles. Certaines provinces ont décidé de supprimer la vente d'aliments malsains dans les écoles. Dans ce cas, la clientèle est plus que captive. Mais là encore, allons-nous pouvoir évaluer et documenter l'effet que cela aura, ou bien avons-nous simplement décidé d'opérer le changement sans faire de constat avant et après?

Mme Beanlands : Je crois que ces évaluations ne sont pas systématiques, et pourtant elles devraient l'être, car elles sont extrêmement importantes.

Dr Copes : De ce qui marche et de ce qui ne marche pas.

Senator Cochrane: We need these models and we need to go out and promote the effectiveness of what people are doing.

Dr. Copes: Yes. I am sorry; I should have mentioned that Dr. Larry Frank has mapped communities in Vancouver, Atlanta and I believe Victoria looking at walkability, high walkability areas, low walkability areas and the difference in layout among those neighbourhoods. That research provides good guidance or a model, if you will, for governments involved in land use planning and developing new neighbourhoods.

Senator Cochrane: According to what you are saying, then, this has not been applied; it is just an idea. Is that right?

Dr. Copes: Local government folks, at least in Vancouver, the area I am most familiar with, are aware of Dr. Frank's work and are looking at its practical applications for a community. There is still a real need to get the results of this research out and to make it available to the policy-making and practice community. That is a job that the NCCs collectively have to tackle.

Senator Cochrane: Mr. Chair, we should obtain that information and have an opportunity to read it and divulge it.

The Chair: Dr. Copes, before you depart, perhaps you could leave that source with the clerk.

Dr. Copes: Yes.

Senator Cochrane: It would be interesting reading. At what point do you think we should move from research to action in order to actually establish priorities and measuring tools and to put all the research and theories into action?

Mr. Benoit: That question is at the heart of many of our discussions. As all public health actors do, we have a commitment to using evidence in our work and not improvising. At what level do you have this kind of evidence available? Should we continue until there is sufficient evidence?

One answer could be to make available to people a continuum of research such as the walkability studies of various areas. The Sudbury & District Health Unit has brought forward such a program. The assessments and information must be documented and assimilated in order to see what level of evaluation exists. We should make available the information that such programs exist and add the level of evidence supporting them. You have a choice to make.

In a sense, this speaks to another request from public health actors. Canada seems to be a country of scans. If we want to develop a program, we do a scan. The time spent doing that is time spent away from the activity. If those things are available as information with the assessment or evidence involved, then you can make an informed decision.

Le sénateur Cochrane : Nous aimerions avoir des exemples pour pouvoir faire la promotion des interventions efficaces.

Dr Copes : Oui, excusez-moi. J'ai oublié de vous dire que le Dr Larry Frank a cartographié des collectivités de Vancouver, Atlanta et Victoria, je crois, pour en mesurer les possibilités de déplacements à pied, les zones à déplacements fréquents et les zones à faibles déplacements, et les différences d'aménagement d'un quartier à l'autre. Cette étude constitue un bon exemple, pour les gouvernements, de la façon dont on peut aménager de nouveaux quartiers.

Le sénateur Cochrane : Si j'ai bien compris, l'étude n'a pas donné de résultats concrets, c'est simplement théorique, n'est-ce pas?

Dr Copes : Les gouvernements locaux, au moins dans la région de Vancouver que je connais bien, son au courant des études du Dr Frank et ils envisagent d'en appliquer les principes à une collectivité. Il faudrait vraiment que cette étude soit publiée plus largement et portée à la connaissance des décideurs. C'est un rôle que les CCN devraient jouer tous ensemble.

Le sénateur Cochrane : Monsieur le président, nous devrions nous procurer cette étude afin d'en prendre connaissance et de la diffuser plus largement.

Le président : Docteur Copes, avant de partir, auriez-vous l'obligeance d'en donner les références à la greffière?

Dr Copes : Volontiers.

Le sénateur Cochrane : Ce sera certainement très intéressant à lire. Quand pensez-vous que nous devrions passer de la théorie à la pratique? Quand devrions-nous fixer des priorités et prévoir des outils d'évaluation pour véritablement mettre toutes ces idées en pratique?

M. Benoit : Cette question est au coeur de nombreuses discussions. En santé publique, chacun sait que toute intervention doit être fondée sur des données probantes, qu'il n'est pas possible d'improviser. Dispose-t-on actuellement de données probantes? En avons-nous suffisamment ou devons-nous continuer à en recueillir?

Une solution serait peut-être de mettre à la disposition des gens une série d'études sur les possibilités de déplacements à pied, dans certains quartiers ou régions. L'unité de santé de Sudbury et son district a mis sur pied ce genre de programme. Les données doivent être documentées et compilées pour pouvoir être évaluées. Nous devrions faire savoir que de tels programmes existent, et diffuser les données probantes qui les justifient. C'est un choix à faire.

Dans un certain sens, cela nous amène à une autre suggestion des intervenants de la santé publique. Le Canada est le pays des évaluations générales. Chaque fois que nous voulons mettre en place un programme, nous faisons une évaluation générale. Mais le temps qu'on passe à faire des évaluations générales, c'est du temps en moins pour agir. Si vous disposez d'informations suffisamment documentées, de données suffisamment probantes, vous pouvez prendre une décision informée.

Senator Cochrane: Would anyone else like to respond to that?

Dr. Copes: It is an excellent question. In public health, we have best practices. I am a real skeptic, but how do we know a practice is the best? We need to recognize that often the perfect is the enemy of the good, and what we should be looking at in a more rigorous and consistent manner is “promising practice.”

What is coming out of new research findings that has application to front-line public health work? How can we shorten the time from research to action, at least on a pilot basis? Let us come back to this evaluation. Let us explicitly put things in as pilots promising practice. Let us evaluate if it works. If it does, let us transmit success stories. If not, let us scratch our heads, go back to the drawing board, realize that one did not make it and move on to something that looks promising.

Ms. Beanlands: To build on my two colleagues’ answers, I think it is important to share what does not work so that people do not continually do the same thing just because it seems like a good idea.

I really like “promising practices.” I think that is the direction we need to go. I also think that we need to stop being a country of demonstration projects. We need to move on to something more sustained so that we can actually build on what we begin and build on the good things, the things that are working. Let go of the things that do not work. Rather than stop and start all over again, continue building.

The same thing will not work everywhere. We must be open to adaptation and adjustment. We take the good things, try them and figure out how to make them work in that particular circumstance with that particular community or population.

Ms. Greenwood: I agree with all that my colleagues have said. I am reminded, Dr. Copes, when you talk about promising practices, about a concept that we see in communities, namely, that we learn from each other. It is like horizontal learning. I will speak from the perspective of early childhood, which is my background. We will try something in our child care centre. It will work, and then we are excited about the different activities we do with the parents and the children. We will share that with the community down the road with us.

A lot of horizontal learning goes on as well. We could build some of those networks. If we are talking about the community level, we can build on those concepts or constructs of horizontal learning and the promising practices. I know there is a place for scientific evidence, but a lot of knowledge out there is not contained in that term. I think all of us share that in our communities and with each other. We should think about that as we try to roll out something very large.

Le sénateur Cochrane : Un autre témoin veut-il répondre à cela?

Dr Copes : C’est une excellente question. En santé publique, nous avons ce qu’on appelle les pratiques exemplaires. Moi, je n’y crois pas trop, car dans quelle mesure pouvons-nous savoir qu’une pratique est exemplaire? Il faut bien admettre que, souvent, le mieux est l’ennemi du bien, et qu’en fait, ce que nous devrions rechercher de façon plus rigoureuse et plus assidue, ce sont des « pratiques prometteuses ».

Quelles sont les nouvelles recherches qui ont une application directe pour les interventions de première ligne, en santé publique. Est-il possible de raccourcir le délai entre la recherche et l’action, au moins dans le cadre d’un projet pilote? Revenons-en à l’évaluation. Si la pratique semble prometteuse, faisons un projet pilote. Évaluons-la et, si ça marche, faisons connaître les résultats positifs de l’expérience. Sinon, reprenons nos recherches et essayons de trouver une autre solution prometteuse.

Mme Beanlands : J’aimerais compléter la réponse de mes collègues en disant qu’il est important de faire connaître les solutions qui n’ont pas marché, pour que les gens ne les répètent pas indéfiniment, tout simplement parce que ça semblait une bonne idée.

J’aime beaucoup cette notion de « pratiques prometteuses ». C’est la direction dans laquelle nous devrions aller. Je pense également que nous devrions cesser d’être un pays de projets pilotes et que nous devrions nous lancer dans des entreprises plus soutenues, construire du solide à partir des solutions qui fonctionnent. Débarrassons-nous de ce qui ne fonctionne pas. Plutôt que de tout arrêter et de recommencer à zéro, continuons sur notre lancée.

La même solution ne fonctionnera pas partout. Nous devons être prêts à l’adapter et à l’ajuster. Il faut retenir les bonnes solutions, les expérimenter et voir comment on peut les adapter aux circonstances particulières d’une collectivité ou d’une population donnée.

Mme Greenwood : Je suis d’accord avec ce que tout ce que mes collègues ont dit. Docteur Copes, quand vous parlez de pratiques prometteuses, cela me rappelle un concept que nous appliquons dans nos communautés, et c’est celui de l’apprentissage mutuel. C’est comme l’apprentissage horizontal. Je vais vous donner un exemple de ce que nous faisons avec les très jeunes enfants, puisque c’est le domaine que je connais bien. Lorsque nous essayons une nouvelle façon de faire dans notre garderie d’enfants, et que cela marche bien, nous sommes tous très contents et nous organisons des activités avec les parents et les enfants. Nous en parlons autour de nous dans la communauté.

L’apprentissage se fait aussi de façon horizontale. Nous pourrions développer des réseaux. Au niveau communautaire, nous pourrions développer ces concepts d’apprentissage horizontal et de pratiques prometteuses. Je sais que les données scientifiques probantes ont un rôle à jouer, mais il y a beaucoup de connaissances qui échappent à cette définition. Nous en avons tous fait l’expérience. C’est quelque chose qu’il ne faut pas perdre de vue.

The Chair: Senator Trenholme Counsell has a special interest in early child development. I suspect she is not asking about seniors.

Senator Trenholme Counsell: This has been a most stimulating presentation. I wanted to congratulate you, Ms. Greenwood, on your comment about beginning with children; as the chair said, I certainly agree with that.

Before I ask a question, I want to put a word in about the fact that you have used networks and horizontal working together and dissemination of information. I absolutely agree with you on that. It is important and it is a philosophy that I feel attached to.

I also wanted to congratulate Ms. Beanlands on mentioning the sex-disaggregated data. That is a mouthful. You have to stop and think what this is about. Is it about data or about sex? I read in the medical journals and in quite a few different places that there is a difference in how women are treated, be it hip surgery, knee surgery or for heart disease. Some of this is probably our own fault because we do not complain enough and we think we cannot leave home or take time to be looked after. That is a fact. I wanted to compliment both of you on that.

I was amazed to read that this is the first time your organizations have come together to think about health determinants, health programs, and so on. That should be underlined. I hope this first time will lead to many more.

I have read and listened and heard that in 2004 the national collaborating centres were set up by the Canadian Public Health Agency of Canada. That was when the health agency was formed. It must have happened more or less at the same time.

Dr. Copes: Yes; the announcement.

Senator Trenholme Counsell: That is a start. I want to understand the structure. There are four NCC: determinants of health, aboriginal health, environmental health, and healthy public policy. Presumably, you collaborate and bring together a lot of information. I assume you report to the Public Health Agency of Canada and then that agency reports to the Minister of Health. Do you have any possibility of making things happen?

The words you have said here today make me realize that you know what needs to happen. You have been explicit or prescriptive in a number of respects. How do you feel your collaboration results in knowledge going up through government and then something happening?

Ms. Beanlands: I will start and my colleagues will finish. There are actually six national collaborating centres. The National Collaborating Centre for Methods and tools, NCCMT, is at McMaster University. The National Collaborating Centre for

Le président : Le sénateur Trenholme Counsell s'intéresse tout particulièrement à la petite enfance. Je ne pense pas qu'elle va vous poser des questions sur le troisième âge.

Le sénateur Trenholme Counsell : Votre exposé était très intéressant. Vous avez dit qu'il fallait commencer par les enfants, et je vous en félicite, car comme l'a dit le président, je suis tout à fait d'accord avec vous.

Avant de poser une question, j'aimerais dire un mot sur le fait que vous vous êtes servi des réseaux et de la collaboration horizontale pour diffuser l'information. Je suis tout à fait d'accord avec vous là-dessus. C'est important, et c'est un principe auquel je tiens beaucoup.

J'aimerais également féliciter Mme Beanlands d'avoir parlé des données désagrégées selon le sexe. Quelle expression compliquée! Il faut vraiment réfléchir pour comprendre ce que ça veut dire. Cela concerne-t-il les données ou le sexe? J'ai lu dans des revues médicales et ailleurs que les femmes ne sont pas traitées de la même façon pour des opérations de la hanche ou du genou, ou même pour une chirurgie cardiaque. C'est sans doute en partie de notre faute, parce que nous ne nous plaignons pas assez et que nous pensons que nous ne pouvons pas nous permettre de laisser notre famille pour nous faire soigner. C'est pourtant un fait. J'aimerais donc vous féliciter toutes les deux.

J'ai été très surprise de lire que c'était la première fois que vos organisations se rencontraient pour discuter des déterminants de la santé, des programmes de santé, et cetera. C'est quelque chose qui mérite d'être souligné. J'espère que cette première rencontre sera suivie de beaucoup d'autres.

J'ai lu et entendu que les Centres de collaboration nationale ont été créés par l'Agence de santé publique du Canada en 2004. C'est à cette époque-là que l'agence a été créée. C'était donc à peu près à la même époque.

Dr Copes : C'est à cette époque que la création de nos centres a été annoncée.

Le sénateur Trenholme Counsell : J'aimerais comprendre la structure. Il y a quatre CCN : les déterminants de la santé, la santé autochtone, la santé environnementale, et les politiques publiques et la santé. Je suppose que vous collaborez tous ensemble et que vous vous échangez des informations. Je suppose également que vous relevez de l'Agence de santé publique du Canada et que cette dernière relève du ministre de la Santé. Pensez-vous que vous avez le pouvoir de faire des choses?

D'après ce que vous avez dit aujourd'hui, j'ai l'impression que vous savez ce qu'il faut faire. Vous avez été clairs et vous avez proposé des solutions. Pensez-vous que votre collaboration contribue à acheminer les connaissances jusqu'aux niveaux les plus élevés du gouvernement et que c'est alors que les choses se font?

Mme Beanlands : Je vais commencer, et ensuite, je laisserai mes collègues compléter ma réponse. Il y a en fait six Centres de collaboration nationale. Les deux autres sont le Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, le CCNMO, à

Infectious Diseases, NCCID, is at the University of Manitoba. The six of us work closely together.

Can we effect real change? I believe we can. We are at arm's length from the federal-provincial-territorial collaborations that happen across the nation. Our mandate is to work with public health practitioners and policy-makers. Therefore, it is our responsibility to engage our colleagues in public health practice and in making public health policy and to provide them with the latest evidence in a way that is meaningful.

When I was coming here today, I realized that probably much of what I was saying was jargon. I expected that you might question me and ask me to really tell you what I was talking about. When I go back to my centre, I will suggest that we provide something a bit more understandable to provide you specific examples or stories that you can take away and use when talking with your government colleagues.

Thank you for the invitation to appear here today. Our coming here is part of how we can influence change. I believe that your report will be very important. I think the WHO Commission on Social Determinants of Health, to be released in September, will be another important opportunity to start the dialogue. Although the WHO commission looked at the social determinants of health, it really speaks to all determinants of health, and all six centres have a role to play.

The Canadian Public Health Association is meeting in Halifax in June. That is usually a large gathering of public health practitioners and policy-makers. The NCCs have worked hard together to put on at least three if not four pre-conference workshops where we want to engage public health practitioners. My experience is that public health practitioners and policy-makers are eager for this information and that we have a responsibility to provide them with the evidence and with the promising practices.

So far here we have not mentioned the business case. In our work plans for the next year is to start looking at the business case to actually make these investments.

Dr. Copes: Although we were announced in 2004, we are a bit newer than that, because the first of us did not get going with our first operational year until 2006.

We are all at arm's length from the Public Health Agency of Canada, and we like it that way. We do not have a formal reporting relationship up to the federal government. We do want to make a difference. We want to make things happen. Our belief is that we can probably do that most effectively by working through front-line public health organizations across the country nationally. We are told by the Public Health Agency of Canada that we cannot retreat into provincial frameworks. That is good advice. We accept that what the NCCs do must be of national significance.

l'Université McMaster, et le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, le CCNMI, à l'Université du Manitoba. Les six centres travaillent en étroite collaboration.

Sommes-nous des agents de changement réel? Je crois que oui. Nous sommes indépendants des collaborations fédérales provinciales territoriales qui existent au Canada. Nous avons pour mandat de travailler avec les praticiens et les décideurs en santé publique. Par conséquent, notre rôle consiste à encourager nos collègues qui exercent dans le secteur de la santé publique, à proposer des politiques de santé publique et à leur communiquer du mieux possible les résultats des recherches les plus récentes.

En venant à la réunion tout à l'heure, je me disais que vous ne comprendriez peut-être pas tout ce que j'allais dire, que j'utilisais un jargon trop particulier, et que vous me demanderiez d'être un peu plus claire. Quand je vais retourner à mon centre, je vais voir si nous pouvons vous préparer un document plus clair, avec des exemples et des cas précis, pour que vous puissiez vous en servir dans vos discussions avec vos collègues du gouvernement.

Merci de m'avoir invitée aujourd'hui. C'est en comparaisant devant vous que nous pouvons provoquer le changement. Je crois que votre rapport sera très important. La Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé doit publier son rapport en septembre, et ce sera une autre occasion importante de reprendre le dialogue. Même si la Commission de l'OMS examine les déterminants sociaux de la santé, elle s'intéresse en fait à tous les déterminants de la santé, et les six centres ont donc un rôle à jouer.

Le congrès de l'Association canadienne de santé publique a lieu à Halifax en juin. Il attire généralement un grand nombre de praticiens et de décideurs en santé publique. Les CCN essaient d'organiser au moins trois si ce n'est quatre ateliers juste avant la conférence pour réunir et informer les praticiens en santé publique. D'après ce que j'ai pu constater, les praticiens et les décideurs en santé publique aiment bien ces séances d'information, où notre rôle est de leur communiquer les données probantes et les solutions prometteuses.

Nous n'avons pas encore parlé d'argumentaire. Dans nos plans de travail de l'an prochain, il va falloir commencer à en préparer pour justifier ces investissements.

Dr Copes : C'est bien en 2004 qu'on a annoncé la création de nos centres, mais nous n'avons vraiment commencé que plus tard. En fait, 2006 a été la première année d'exploitation du premier centre.

Nous sommes tous indépendants de l'Agence de santé publique du Canada, et c'est bien ainsi. Nous ne relevons pas officiellement du gouvernement fédéral. Nous voulons vraiment servir à quelque chose. Nous voulons être utiles, nous voulons que les choses se fassent, et nous pensons que c'est en collaborant avec les organisations de santé publique de première ligne, partout au Canada, que nous y parviendrons. L'Agence de santé publique du Canada nous a dit que nous ne pouvions pas nous retrancher derrière des structures provinciales. C'est un bon conseil. Nous comprenons que les interventions des CCN doivent avoir une importance nationale.

We are unique in our arm's length relationship from the agency. We have been told that in our environmental scan that provides us with credibility because we have a national mandate but we are not part of government and people will listen to us. We are seen as being independent and not having a particular axe to grind.

We have also received advice that we should tell people «what is» rather than «what should be.» When we provide evidence to practitioners, they want us to tell them what is, what works and what does not, but they do not want us to tell them what they should do. That is not an NCC's mandate or job. It is the right of the people in public health across the country to either adopt or act or not, depending on their particular circumstances and their accountabilities. Those accountabilities are not to us. Their accountabilities go elsewhere in the system.

By and large, I think we heard good advice when we went across the country.

Senator Trenholme Counsell: It is reassuring that you are reporting to your colleagues across the country and giving them substantial information on which they can develop their own programs and take action. You have that freedom and liberty to transmit. You bring together knowledge, but you also transmit it.

Dr. Copes: Absolutely. In our environmental health scan, we heard an incredible amount of enthusiasm; people were telling us that there is a real need for this. No one else is trying to provide support to front-line environmental health practitioners across Canada. The NCCs are unique, and the people we spoke to told us they are glad we are here.

No one else is doing it. There is information for the public and information for large provincial and federal government departments. However, the folks on the front lines were left wondering who was there to back them up and provide knowledge for them. There was almost a vacuum there, and we are happy to fill that vacuum. We got a warm response right across the country. We are here to do some good.

Senator Brown: I know you are gathering very important information. I wonder if anyone is looking down the road to how we can deliver modern health care to small communities. How do we duplicate modern hospitals and all of the technologies they have such as brain scans, MRIs and laser surgery? How could we ever deliver that into small communities in the North or, for that matter, in rural Canada?

I am told 85 per cent of Canadians live within 200 miles of the American border. We have a vast country, all the way to the Arctic Circle. What are the practical applications of all the knowledge we have? How do we deliver modern eyesight care, dental and emergency services? What could we look at — mobile

Notre indépendance vis-à-vis de l'Agence nous place dans une position unique. En effet, on nous a dit que cela nous donne une certaine crédibilité parce que nous avons un mandat national et, en même temps, nous ne faisons pas partie du gouvernement, si bien que les gens nous écoutent. On nous considère comme un organisme indépendant, qui n'a pas d'intérêt personnel à promouvoir.

On nous a aussi conseillé de dire aux gens « ce qui est » plutôt que « ce qui devrait être ». Lorsque nous soumettons des données probantes aux praticiens en santé, ils veulent qu'on leur dise la vérité, ce qui marche et ce qui ne marche pas, mais ils ne veulent pas qu'on leur dise ce qu'ils doivent faire. Ce n'est pas le mandat d'un CCN. Les praticiens en santé publique ont le droit d'accepter ces données et d'agir en conséquence ou de ne pas le faire, selon leur situation particulière et selon leurs responsabilités. Ce n'est pas à nous qu'ils doivent rendre des comptes, mais à d'autres dans le système.

Dans l'ensemble, nous avons reçu de bons conseils lorsque nous avons sillonné le pays.

Le sénateur Trenholme Counsell : C'est rassurant de savoir que vous communiquez vos données à vos collègues de tout le pays, et que cela leur permet d'élaborer leurs propres programmes et de prendre des mesures. Vous avez donc toute liberté pour transmettre ces informations. Vous recueillez les données, et ensuite vous les diffusez.

Dr Copes : Exactement. Lors de notre évaluation environnementale générale, nous avons constaté que les gens étaient très enthousiastes, et ils nous disaient que tout cela était vraiment nécessaire. Personne d'autre n'offre de soutien aux praticiens de première ligne, en santé environnementale. Les CCN ont donc un rôle unique, et les gens que nous avons rencontrés nous ont dit qu'ils étaient très contents de ce que nous faisons.

Personne d'autre ne le fait. Les données qui existent sont soit destinées au public soit destinées aux grands ministères provinciaux et fédéraux. Les praticiens de première ligne n'avaient donc personne pour les aider et pour leur transmettre des données. Il y avait quasiment un vide, que nous sommes ravis d'occuper. En tout cas, nous avons été chaudement accueillis dans tout le pays. Notre rôle est de servir à quelque chose.

Le sénateur Brown : Je sais que vous recueillez des informations très importantes, mais je me demande si quelqu'un étudie comment nous pouvons fournir des soins de santé moderne aux petites collectivités. Comment pouvons-nous leur offrir les mêmes services que dans les hôpitaux modernes, avec des technologies comme les équipements pour les scintigraphies cérébrales, les IRM et la chirurgie au laser? Pensez-vous qu'on pourra un jour avoir ce genre de technologie dans les petites localités du Nord et même dans les régions rurales du Canada?

On me dit que 85 p. 100 des Canadiens vivent à moins de 200 miles de la frontière américaine. Notre pays est très vaste, il s'étend jusqu'au cercle polaire arctique. Quelles sont les applications pratiques de toutes les connaissances dont nous disposons? Comment allons-nous pouvoir leur offrir des services

hospitals or something like that? It boggles my mind to think about it. I wonder if you have looked down the road to see where we are progressing with rural Canada.

Dr. Copes: Our work is more on the preventive and public health side, which I think has some of the same challenges. For example, how do you equalize or eliminate the disparities in knowledge resources between large, well-funded public health organizations and those in rural and small-town Canada?

Many jurisdictions are trying to bring practitioners to patients rather than moving patients to practitioners on a rotating basis. If we can bring information and summarize for practitioners right across Canada, that is efficiency. For example, why would each health unit want to look up the effects of a particular drinking water treatment if the NCC can do it and make those results available to everyone across the country? That is more efficient than trying to duplicate work.

I will address technology. Just as there are huge changes in medical diagnostic and therapeutic technologies — which I deal with wearing my medical hat — on the public health side, there is remote sensing and technology we can use to do real-time monitoring of drinking water systems for chlorine residual — which was missing in Walkerton — and turbidity. All of that can be measured in real-time and the information can be sent to larger centres. All this technology on the environmental health side will reduce risks where those risks are greatest. If we look for these promising new technologies, we can bring many of the advantages of state-of-the-art expertise and safety to smaller communities.

However, we will not eliminate geography. I see how they run environmental health services in Iqaluit; they have a completely different world to live with and deal with than we do in Southern Canada. That speaks to the diversity of this country and the need for some flexibility, as Ms. Beanlands mentioned; one size does not fit all. There may be one set of goals that we are trying to achieve, but how we go about doing that will, of necessity, be different in communities that have permafrost as compared to communities that have buried water and sewer pipes.

The Chair: I have an interesting supplemental to that. On a couple of occasions I have asked the head of the Public Health Agency of Canada how the agency sees public health integrated with the community health and social services facilities.

modernes pour les soins de la vue, des soins dentaires et des services d'urgence? Peut-on envisager, par exemple, des hôpitaux itinérants? Quand j'y pense, ça me paraît irréalisable! Avez-vous réfléchi à cette question, et savez-vous si nous faisons des progrès à cet égard dans les régions rurales du Canada?

Dr Copes : Notre centre s'intéresse davantage à la prévention et à la santé publique, mais nous nous heurtons au même genre de difficultés. Par exemple, nous allons devoir trouver une façon d'égaliser ou d'éliminer les disparités, au niveau des connaissances, entre les grandes organisations de santé publique, qui sont bien financées, et les organisations qui se trouvent dans des régions rurales du Canada.

À bien des endroits, on essaie d'amener les praticiens aux patients, plutôt que d'obliger les patients à se déplacer. Une solution efficace consisterait à fournir aux praticiens de tout le Canada les informations dont ils ont besoin, sous forme synthétisée. Par exemple, pourquoi chaque unité de santé devrait-elle étudier les effets d'un procédé de traitement de l'eau si le CCN peut le faire et en communiquer les résultats à tous les praticiens du pays? Cela me semble être une solution beaucoup plus efficace que de faire la même chose, chacun de son côté.

Pour ce qui est de la technologie, maintenant, je vais vous dire, en mettant ma casquette de médecin, qu'il y a eu d'énormes progrès en ce qui concerne le diagnostic médical et les technologies thérapeutiques, en santé publique. Par exemple, la télédétection nous permet de contrôler en temps réel les taux de résidus de chlore dans les systèmes de traitement de l'eau, ce qui ne se faisait pas à Walkerton, ainsi que les taux de turbidité. Tout cela peut donc être mesuré en temps réel, et l'information peut être envoyée dans les grands centres. En matière de santé environnementale, ces technologies nous permettront de réduire les risques là où ils sont les plus élevés. Ce sont de nouvelles technologies très prometteuses, et les petites collectivités pourront profiter pleinement de ces techniques de pointe, ce qui leur assurera une plus grande sécurité.

Mais il est évident que nous ne pouvons pas faire fi de la géographie. J'ai vu comment fonctionnent les services de santé environnementale à Iqaluit, et croyez-moi, ils vivent dans un monde complètement différent de celui que nous connaissons dans le Sud du Canada. Cela témoigne de la diversité de notre pays, et c'est pour cela qu'il est nécessaire, comme l'a dit Mme Beanlands, de garder une certaine souplesse : tout ne convient pas à tout le monde. On peut avoir une série d'objectifs à atteindre, mais la façon d'y parvenir sera inévitablement différente selon les collectivités, car on ne peut pas enfouir les canalisations d'eau et d'égouts là où il y a du pergélisol.

Le président : Permettez-moi de poser une question supplémentaire. À plusieurs reprises, j'ai demandé au chef de l'Agence de santé publique du Canada comment l'Agence pensait pouvoir intégrer les services de santé publique aux services de santé et aux services sociaux au niveau communautaire.

[Translation]

Mr. Benoit: That question is indeed highly relevant and recalls the diversity of organizations in the various provinces. In some cases, you are probably alluding to Ontario's situation, where the RLSSs are everywhere. The role of the municipalities is very important in public health, but is not necessarily there in care delivery. In some provinces, a number of departments are working on that.

[English]

One of our earlier works was to map the different functions of public health across Canada. Four to six of us published a structural profile of what is done, where and by whom. It showed the diversities, and we had to adapt our work to those diversities. No one had done that previously.

Ms. Beanlands: I do not pretend to have the answer to that excellent question. However, I think we all need to take up that challenge.

My sense is that if we start working at the community level and listen to the community, some answers will emerge. My experience in public health is that communities can frequently find their own solutions. Sometimes the practitioners have to move aside, take down the silos and let go of some of the turf and listen to the communities.

That is why I like the idea of community needs assessments based on the social determinants of health. You need to look at the community as a whole and to look at the whole family and the school population as a whole, as part of the community and as part of the cultural community to which they belong, whether physically present or at arm's length. Once we start to do that, some of the answers will become clearer.

Dr. Copes: I had better be careful because, as I mentioned, there is a huge array of different service delivery models. We often focus on structures, and structures can become silos, which is not a good thing. We want to look at a functional integration of these services.

I will draw from another point in your discussion paper. There is a need for targets and for everyone to have a clear understanding of the problem and the goal. If you have different structures and different organizations, there needs to be a shared understanding of what the target is. The more precisely those are articulated and the more we put numbers around them, the more likely it is that we drive action. If we can have shared targets between the acute care sector, the public health and the social sector, we are far more likely to drive action. Ironically, some of these targets may serve an integrative function for some of these entities.

[Français]

M. Benoit : Cette question est effectivement très pertinente et rappelle la diversité des organisations dans les différentes provinces. Dans certains cas, vous faites probablement allusion à la situation de l'Ontario où les RLSS sont d'un côté et de l'autre. Le rôle des municipalités est très important en santé publique, mais n'est pas nécessairement présent dans la dispensation des soins. Dans certaines provinces plusieurs ministères travaillent là-dessus.

[Traduction]

L'un de nos premiers projets a consisté à cartographier tout ce qui se faisait en santé publique dans l'ensemble du Canada. Quatre à six d'entre nous avons publié un profil structurel de ce qui se faisait, là où cela se faisait et qui le faisait. Le document illustrait bien la diversité de notre pays, et nous avons dû adapter notre travail à cette diversité. Personne n'avait fait ce genre d'études auparavant.

Mme Beanlands : Je ne prétends pas connaître la réponse à cette excellente question, mais je pense que nous devons tous nous engager à la trouver.

À mon avis, si nous commençons au niveau communautaire et que nous écoutons ce que les gens ont à nous dire, les réponses viendront d'elles-mêmes. J'ai déjà constaté qu'en matière de santé publique, les collectivités trouvent souvent leurs propres solutions. Parfois, les praticiens doivent se mettre en retrait, supprimer les cloisonnements et renoncer un peu à leurs prérogatives afin d'écouter davantage ce que les gens ont à dire.

C'est la raison pour laquelle j'aime bien cette idée d'évaluer les besoins communautaires à partir des déterminants sociaux de la santé. En effet, il est nécessaire d'examiner la collectivité dans son ensemble, y compris la famille, la population scolaire, la communauté culturelle à laquelle les gens appartiennent, qu'ils soient physiquement présents ou non. Une fois qu'on a commencé à faire ce genre d'examen, certaines solutions apparaissent plus clairement.

Dr Copes : Je vais être prudent, car comme je l'ai dit, il y a énormément de différences au niveau des modèles de prestation de services. Nous privilégions souvent les structures, mais les structures peuvent provoquer des cloisonnements, ce qui n'est pas une bonne chose. Il faut envisager une intégration fonctionnelle de ces services.

Cela m'amène à un autre point que vous abordez dans votre document de travail. Il faut avoir des cibles, et il faut que chacun comprenne bien le problème et l'objectif poursuivi. Si vous avez des structures et des organisations différentes, il faut que tout le monde comprenne de la même façon l'objectif qui a été fixé. Plus l'objectif sera précis, avec des chiffres, plus les gens seront encouragés à agir. Si nous réussissons à fixer des objectifs communs pour le secteur des soins actifs, pour la santé publique et pour le secteur social, nous aurons beaucoup plus de chances d'encourager les gens à agir. Et peut-être que certains de ces objectifs auront une fonction d'intégration pour certaines de ces organisations.

I am familiar with the model we have in British Columbia and I am a big proponent of integrating across preventive, acute and continuing care in health. That works, but we cannot lose sight of the social side. Sometime we still have challenges integrating, but goals, targets and having everyone share those is one good integrative measure.

The Chair: Interestingly, I think our First Nations are leading the way, because they have organizations in place that deal with everything, from water to roads to houses, poverty, social assistance and health. Those are the models necessary to effectively ramp up the low health disparities in a community.

Ms. Greenwood, do you want to respond? I am sorry, honourable senators; I am holding some of you up.

Ms. Greenwood: I think you have said it. We have models. Again, I am reminded of children and families and our fundamental units that comprise our communities. We do not separate the well-being of our child out into parcelled pieces, but all the pieces, social and health, however we define them, are part of that child's or that family's well-being. Models that bring all of those pieces together in an integrated fashion will be most effective; we cannot do just one thing.

That said, there are critical things we have to look at, and we will probably target areas to start with, but we need to do that within a larger holistic framework. That is how people think and how we live our lives. We do not cut them up into pieces. It is who we are as humanity, and that is important. Integration and holism are good.

[Translation]

Senator Pépin: Someone answered the question I wanted to ask. I hand the floor over to another senator.

[English]

The Chair: Senator Pépin was a nurse before going into politics and was in elected politics before she came to the Senate. She is vice-chair of this committee.

I am sorry; I do not know who stole your question. I hope it was not me.

I must tell you that Senator Fairbairn has a tremendous interest in literacy, so I do not know whether she will come from there or not, but she always finds a way to get to it.

Senator Fairbairn: Thank you very much. It has been tremendously interesting and indeed exciting to listen to you. I am from Lethbridge in Southern Alberta, and I came back to Ottawa this week after spending a great deal of time on the Blood Reserve, which is not very far from Lethbridge. I had the

Je connais bien le modèle que nous avons mis en place en Colombie-Britannique, et je suis une chaude partisane de l'intégration des services de prévention, des services de soins actifs et des services de soins prolongés. Ça fonctionne, mais nous ne devons pas perdre de vue la dimension sociale. Parfois, nous avons des difficultés à faire cette intégration, mais le simple fait d'avoir des objectifs en commun est déjà un bon point de départ pour l'intégration.

Le président : À ce propos, je pense que nos Premières nations nous montrent l'exemple, car elles ont des organisations qui s'occupent de tout : l'eau, la voirie, le logement, la pauvreté, l'aide sociale et la santé. C'est le type de structure qu'il faut avoir pour vraiment atténuer les disparités et améliorer le niveau de santé dans les collectivités.

Madame Greenwood, voulez-vous répondre? Veuillez m'excuser, honorables sénateurs. Je sais que je retarde l'intervention de certains d'entre vous.

Mme Greenwood : Vous avez tout à fait raison. Nous avons des modèles de structure. Cela me rappelle les enfants et les familles qui composent nos collectivités. Pour nous, le bien-être d'un enfant ne se fragmente pas en différents éléments, c'est plutôt un ensemble, et tout ce qui concerne la santé et le social, quelles que soient les définitions qu'on leur donne, fait partie du bien-être de l'enfant et de la famille. Ce sont les modèles qui rassemblent tous les éléments de façon intégrée qui sont généralement les plus efficaces; on ne peut pas s'intéresser uniquement à un élément.

Cela dit, il y a de graves problèmes à régler, et nous allons sans doute cibler des secteurs par lesquels nous allons commencer, mais il ne faut pas perdre de vue le cadre holistique général. C'est notre façon de penser à nous, et c'est ainsi que nous menons nos vies. Nous ne fragmentons pas tout en éléments différents. C'est l'être humain dans son ensemble qui est important. L'intégration et la vision holistique sont salutaires.

[Français]

Le sénateur Pépin : Quelqu'un a répondu à la question que je voulais poser. Je cède la parole à un autre sénateur.

[Traduction]

Le président : Le sénateur Pépin était infirmière avant de se lancer en politique, et elle a été députée avant d'être nommée sénateur. Elle est vice-présidente de notre comité.

Excusez-moi; je ne sais pas qui a volé votre question, mais j'espère que ce n'était pas moi.

Je vous préviens que le sénateur Fairbairn s'intéresse beaucoup à la littératie; je ne sais pas si elle va vous poser une question là-dessus, mais elle trouve toujours le moyen d'aborder le sujet.

Le sénateur Fairbairn : Merci beaucoup. Je vous ai écoutés avec beaucoup d'intérêt. Je viens de Lethbridge, dans le Sud de l'Alberta, et je reviens tout juste d'un assez long séjour dans la réserve des Blood, qui n'est pas très loin de Lethbridge. J'ai eu l'incroyable honneur d'être nommée chef honoraire de la bande.

incredible honour of being an honorary chieftain of the tribe. Sadly, I was there for the departure of one of their absolutely outstanding and wonderful elders.

What you are doing sounds terrific and forward-looking. You understand that only when you get to the roots of the life of our Aboriginal people can you bring them together to follow in the path that you wish we could take, particularly in terms of health and children.

Driving to the funeral, I was struck by how much the reserve has changed since I was last there. Instead of vast places with little homes here and there, we saw a town, Standoff, and a medical centre. There are a home for seniors, a number of schools and a college that is attached to the University of Lethbridge.

At the funeral, the whole feeling of the community was not just a sad day. They were saying farewell to an incredible person. The children were out in droves, and they were in such a good spirit of mind.

I read about how your inaugural forum in February brought together for the first time representatives from many and varied sectors across the country, including government departments, to explore indigenous health in its broadest context. When you reach out, how do you do it? You are obviously doing it well.

Do you go yourself or with one or two others right to the people? There are two areas, one in the cities and the towns but the other out on the land where the heart and the drum still beat. Are you now in a position where you can go into those communities and have the communities come out and listen to you and follow what you are saying? Has there been a large jump in this over the last while as you have been working so hard?

Ms. Greenwood: Are you asking me that from the NCCAH's perspective? I am actually a Cree from Alberta. My family is on the Ermineskin First Nation in Hobbema, so we are close in territory to your story.

I am not sure I can answer how. I do know I go to groups with great humility. When we envisioned this forum, many of the participants expressed to us that this was one of the first opportunities they had ever had. That is the reason it is written this way. When we sent those invitations, we knew there was commitment in our communities, in people and in governments to the health and well-being of our children. This was an opportunity that brought us together to talk about that and about our shared responsibility in achieving that goal and what gifts each person could bring to that vision.

I thought about that as I was thinking about the document, and I will come back to the point. In the document, it talks about who should take the leadership. I think there are multiple leaders. I go in humility because I do not go as the leader: I am the facilitator. There are people who know way more than I do. I can give you names and sources of where to go, but I am not the

Malheureusement, pendant mon séjour, un de leurs anciens, un homme formidable, est décédé.

Ce que vous faites me paraît excellent et avant-gardiste. Vous avez compris que ce n'est qu'en respectant les véritables principes de vie de nos peuples autochtones que vous pouvez les amener à vous suivre dans la voie que vous jugez souhaitable, surtout en ce qui concerne la santé et les enfants.

De la voiture qui me conduisait aux funérailles de cet ancien, j'ai été surprise de voir combien la réserve avait changé depuis mon dernier séjour. Là où il y avait des plaines immenses avec des petites maisons par-ci par-là, il y a désormais une ville, Standoff, et un centre médical. Il y a aussi un foyer pour personnes âgées, plusieurs écoles et un collège affilié à l'Université de Lethbridge.

Aux funérailles, ce n'était pas simplement un jour de tristesse pour la communauté. Les habitants étaient venus dire adieu à un homme formidable. Les enfants étaient là, en grand nombre, et ils avaient l'air remarquablement bien.

J'ai lu que vous aviez organisé un premier forum en février dernier, qui avait réuni pour la première fois des représentants de nombreux secteurs du pays, y compris des ministères gouvernementaux, pour discuter de la santé des Autochtones dans un contexte général. Comment faites-vous pour établir le contact avec tous ces gens-là? Manifestement, vous vous y prenez très bien.

Allez-vous les voir directement, seule ou avec une ou deux autres personnes? Il y a deux clientèles bien différentes, celle des villes et celle des vastes plaines, où le mode de vie est plus traditionnel. Réussissez-vous à vous rendre dans ces collectivités pour rencontrer les habitants? Écoutent-ils ce que vous avez à leur dire? L'acceptent-ils? Avez-vous réussi à faire une percée de ce côté-là au cours des derniers mois, étant donné que vous travaillez tellement fort?

Mme Greenwood : Vous voulez que je vous réponde dans la perspective du CCNSA? Je suis en fait une Crie de l'Alberta. Ma famille fait partie de la Première nation Ermineskin, à Hobbema; nous sommes donc très proches du territoire dont vous parlez.

Je ne suis pas sûre de pouvoir vous répondre. Ce que je sais, c'est que lorsque je vais rencontrer des groupes, je le fais avec beaucoup d'humilité. Lorsque nous avons eu l'idée de ce forum, beaucoup de participants nous ont dit que c'était l'une des premières fois qu'on leur proposait une telle réunion. Lorsque nous avons envoyé les invitations, nous savions que nos communautés, nos gens et les gouvernements s'intéressaient à la santé et au bien-être de nos enfants. C'était donc là l'occasion de réunir tout le monde pour parler d'une responsabilité que nous partageons tous, afin de mieux nous en acquitter, en mettant en valeur les talents de chacun.

Je pensais justement à cela tout en réfléchissant au document de travail, mais je reviendrai là-dessus. Dans le document, il est question de savoir qui devrait assumer le leadership. Je crois qu'il y a beaucoup de leaders. Je vais les rencontrer avec beaucoup d'humilité parce que ce n'est pas moi le leader : je ne suis que l'animatrice. Il y a des gens qui en savent beaucoup plus que moi.

expert. The people in the communities, the researchers, my colleagues — they are the experts. I play the role of bringing us together. I go with the value of not being the expert so that those leaders can come and bring voice. In the original writing of the mandate for the NCCAH, we talk about bringing voice to community, bringing those forums so that those leaders and knowledge holders can come together and speak those solutions and identify those diverse strategies. We are diverse, and we need that flexibility, but we are holistic in our vision of what we need in the community.

Does that in part answer your question?

Senator Fairbairn: Yes, it does, and the fact that you are here is extremely important. Here in the nation's capital, we have to know this. It is still a huge challenge to bring together, but I would say from listening to you that something very good is happening so that doors are opening. It is not about our going in and telling them what to do. The way you have put your words together, it sounds like you are going into communities that are opening doors, and they are grateful and encouraged that you are coming and that you want to do them the honour of showing them what will get them beyond the situation that has existed in the past. This is one of the most uplifting pieces of information I have heard for a long time. I am very pleased to hear it and wish you all the best.

Ms. Greenwood: Thank you. Embedded right in the name of the NCC program is our commitment to collaborating with other folks, our commitment to partnership. We have done that with each other. I always like to say that I play with everyone in the sandbox because since I am population-based all of those things are important to me. From the community level, we reach out to other national partners. We have formal agreements. We are just signing formal agreements with the National Aboriginal Health Organization and the Institute of Aboriginal Peoples' Health. There are partnerships at various levels. I work with the B.C. government and the First Nations Leadership Council. I work with communities. Multiple partnerships and collaborations occur, and my colleagues could speak to the long list they have as well. I think I can say on behalf of us all that we are really committed to that.

Senator Fairbairn: Thank you very much. It is important for us to hear this.

The Chair: Ms. Beanlands, you raised the need for a business case. If we are to move the agenda in the population health initiative towards the correction of health inequities in Canada, we need a business case. This has come up before when we have had financial experts in front of us. The general consensus is that there is a business case but that to lay it out in the terms that a business case usually takes is particularly difficult. Could I have your thoughts on how that might be achieved?

Je pourrais vous donner des noms et des adresses où aller, mais je ne suis pas une spécialiste. Ce sont les gens dans les communautés, les chercheurs, mes collègues qui sont les spécialistes. Moi, mon rôle c'est de les rassembler. Donc, quand je vais les voir, je ne me prends pas pour une spécialiste, pour que les leaders viennent me voir et me parler. Dans le libellé original du mandat du CCNSA, il est question de donner une voix à la communauté, d'organiser des forums pour que les leaders et ceux qui détiennent les connaissances puissent se rencontrer et discuter de solutions et de stratégies. Il y a beaucoup de diversité, et c'est pour cela que nous avons besoin de souplesse, mais nous avons une vision holistique des besoins de la communauté.

Ai-je répondu plus ou moins à votre question?

Le sénateur Fairbairn : Oui, et le fait que vous soyez ici est extrêmement important. Nous qui sommes dans la capitale du pays, il faut que nous soyons au courant. Ça doit être encore très difficile de rassembler les gens, mais je dois dire qu'à vous entendre, je constate que les choses évoluent rapidement et que les portes s'ouvrent. Ce n'est pas à nous à aller les voir pour leur dire quoi faire. Si j'ai bien compris ce que vous nous avez dit, les communautés où vous vous rendez vous ouvrent leurs portes, et elles sont très heureuses que vous veniez les voir et que vous leur fassiez l'honneur de leur montrer ce qui peut les aider à sortir de la situation qu'elles ont connue dans le passé. C'est l'une des nouvelles les plus réconfortantes que j'ai entendues depuis longtemps. Je suis vraiment très contente et je vous souhaite bonne chance.

Mme Greenwood : Merci. Vous savez, c'est dans le nom même des CCN : nous devons nous engager à collaborer avec les autres, avec nos partenaires. Je dis toujours que je suis prête à jouer avec tout le monde dans mon carré de sable, car j'aime les gens et tout cela est important pour moi. Quand on est au niveau communautaire, on va vers les autres partenaires nationaux. Nous avons des ententes officielles, et nous sommes en train d'en signer avec l'Organisation nationale de la santé autochtone et avec l'Institut de la santé des Autochtones. Ce sont des partenariats à des niveaux différents. Je travaille avec le gouvernement de la Colombie-Britannique et avec le First Nations Leadership Council. Je travaille avec les communautés. Toutes sortes de partenariats et de collaborations s'établissent, et mes collègues pourraient eux aussi vous en donner de nombreux exemples. Je pense pouvoir dire, en notre nom à tous, que nous sommes vraiment engagés à atteindre cet objectif.

Le sénateur Fairbairn : Merci beaucoup. C'est important que nous le sachions.

Le président : Madame Beanlands, vous avez parlé de la nécessité de préparer un argumentaire. Si nous voulons réorienter l'initiative sur la santé des populations pour insister davantage sur la correction des disparités en santé au Canada, il va nous falloir monter un argumentaire. Nous en avons déjà parlé lorsque des experts financiers ont comparu devant notre comité. Tout le monde s'est accordé pour dire qu'il fallait préparer un argumentaire, mais qu'il serait difficile de le présenter de la façon traditionnelle. Qu'en pensez-vous? Comment pourrait-on y parvenir?

Ms. Beanlands: I think you are right on two counts. It is difficult and it will be a challenge to lay it out, but I think it is absolutely critical. I do not have the answer. In our work plans this year, the NCCDH is proposing that we look at what evidence we have in the business case, what is missing, and how to fill the gap. We may well need some specific, targeted research. At this point, I do not have an answer.

Public health practitioners at the regional level in the districts and the communities are telling us that there is a lot of evidence to support early child development, which is one of our major areas of focus. Like Ms. Greenwood, we believe it is critical to start there. There is a real opportunity to demonstrate the interaction of the social determinants with early childhood, particularly in looking at the crosscutting theme of gender. We can look at women and gender equity and put that together with employment and working conditions, and we can see how it affects the family, how it impacts early child development and the nurturing environments in which children live.

People have said, "But we need the business case. We know the evidence, but give us the business case that will help us put the policy forward such that action will be taken by those who are in decision-making positions and have control of the money." We have agreed that we will step up to the plate and see what we can contribute. We will not have the whole answer, but we are quite prepared to look at what is there, what the gaps are, and then work with our colleagues and partners to figure out the next steps.

Mr. Benoit: Another way to look at this is to ask whether it is a business case we need, or a case for business. We are speaking about what you alluded to in your report, the inter-sectoral activity that must take place in all of those subjects. We were conducting workshops in Toronto and Vancouver, and the public health actors were telling us that they have begun acting but need to scale it up, and to do that they said they need a business case.

It is the structure or a way to communicate to other actors and engage everyone around that, and that is an important part of your report. We need to have this communicated to other sectors so that there is a unified action on this.

Dr. Copes: I agree. We have work to do on developing a business case. One problem is information deficiency. As a country, we are very rich in health outcome data and information on utilization of health care services. Of the determinants to health, I would suggest that we are probably most deficient on environment as a determinant of health. We have better data for socio-economic factors. We lack good information on how the broad associations between social determinants and health outcomes work mechanistically and how we can intervene. If we had demonstrated pilots that worked, we could readily build a business case for scaling them up and implementing them more widely.

Mme Beanlands : Vous avez raison sur les deux points que vous avez mentionnés : il sera difficile de présenter un tel argumentaire, mais je crois aussi que c'est absolument indispensable. Je ne connais pas la réponse à votre question. Dans nos plans de travail de cette année, le CNCDS propose que nous examinions les données probantes que contient l'argumentaire, pour voir ce qui manque et comment combler les lacunes. Il faudra sans doute faire des recherches plus ciblées. Pour l'instant, je n'ai pas la réponse à votre question.

Les praticiens en santé publique au niveau régional, dans les districts et dans les collectivités nous disent qu'un grand nombre de données probantes justifient le développement de la petite enfance, qui est l'un de nos pôles de recherche. Tout comme Mme Greenwood, j'estime qu'il est primordial de commencer à cet âge-là. En effet, c'est à ce moment-là qu'on peut étudier l'interaction des déterminants sociaux, en tenant compte du sexe. Avec les données sur la sexospécificité, l'emploi et les conditions de travail, nous voyons comment tout cela a un effet sur la famille, sur le développement du jeune enfant et sur le milieu dans lequel les enfants vont s'épanouir.

Certains disent qu'il faut préparer un argumentaire. Nous savons qu'il y a des données probantes, mais il nous faut un argumentaire qui nous aidera à faire adopter la politique, afin que les décideurs puissent prendre les mesures prévues, avec les budgets dont ils ont besoin. Nous avons répondu que nous allions essayer de voir ce que nous pouvions faire, que nous n'aurions pas une solution à tout, mais que nous étions prêts à voir, avec nos collègues et partenaires, ce qu'il était possible de faire.

M. Benoit : Une autre façon de voir les choses est de se demander si c'est un argumentaire qu'il nous faut, ou bien une justification financière. Dans votre rapport, vous parlez des activités intersectorielles qui doivent avoir lieu sur toutes ces questions. Nous avons organisé des ateliers à Toronto et à Vancouver, et les praticiens en santé publique nous ont dit qu'ils avaient commencé à agir mais qu'il leur fallait maintenant passer au braquet supérieur, et que, pour cela, il leur fallait un argumentaire.

Il faut trouver une structure ou une façon de communiquer avec les autres intervenants pour pouvoir rassembler tout le monde; c'est là un aspect important de votre rapport. Il faut pouvoir communiquer cela aux autres secteurs afin que nous travaillions tous vers le même objectif.

Dr Copes : Je suis tout à fait d'accord. Nous devons préparer un argumentaire. Le problème, c'est que nous n'avons pas suffisamment d'informations. Notre pays recueille beaucoup d'informations et de données quant à l'utilisation des services de santé. Mais en ce qui concerne les déterminants de la santé, nous recueillons très peu de données sur la santé environnementale. Pour les facteurs socioéconomiques, la situation est un peu meilleure. De façon générale, nous n'avons pas assez de données sur les relations qui existent entre les déterminants sociaux et la santé, et comment nous pouvons intervenir. Si nous avions des projets pilotes qui marchaient bien, nous pourrions facilement préparer un argumentaire pour passer au braquet supérieur et étendre la portée de ces projets.

We will have to look at piloting some of those promising practices as an investment in research and development in public health. We have to hold folks accountable for setting targets, for making a commitment to deliver and for evaluating those promising practices, those pilots, in a meaningful manner. We have to pick successes and implement those based on the additional information we get for a business case. If pilots do not pan out, let us try something else. We do not want to do what does not work; we want to do what does work. It is all about making a difference.

The Chair: You talked about early childhood development. We will be emphasizing early childhood development in our report, but we will begin with parenting. We will cover maternal health and early childhood development. I am not sure how we will frame that, but later we will cover adolescent development. It appears that sometimes no matter what a great start the child has had, they can really fall off the wagon in adolescence because of community, peer pressure, and so on.

Do you think that is the right scope, or should we just concentrate on early childhood development?

Ms. Beanlands: I think that the holistic approach as you have described it is important. You are on the right track. It is important to look at the interventions. I think parenting is absolutely critical. In the NCCDH we hope to look at the parenting practices, programs and interventions that we do have and that have been evaluated and share them with public health practitioners across the country.

With adolescents, we know that preconception is important. It is as important as prenatal care. We need to move forward on preconception. We know that addresses the adolescent population, whether they choose to or whether they happen to become pregnant at that time. Their adolescent years are important in terms of the foundation for healthy babies.

I feel that you cannot look at just one piece, one determinant; you must look at the whole thing, which means the whole child, the whole lifespan, the whole family, the whole community and all the cultural implications and the social environment.

Senator Fairbairn: Mr. Chair, having listened to this, I think it might be interesting for you to talk about what you and others who were with you in Cuba learned about literacy and what they were doing in Cuba as compared to here.

The Chair: As Senator Cook and Senator Pépin can tell you, it was a real eye-opener. That country looked reality straight in the eye and said, "We cannot afford a sophisticated health care system like they have in the U.S. or in Canada or in Western Europe. What can we do about a healthy population?" They decided to work on a population health basis. The functional unit is their polyclinic, which fundamentally is a health unit. Right beside the polyclinic are the daycare centres, the early childhood education centres and the grandparent education centres to teach

Il faudra peut-être faire des projets pilotes sur certaines pratiques prometteuses, comme investissement dans la recherche en santé publique. Il faut que les gens fixent des objectifs et s'engage à les atteindre, et les projets pilotes sont une bonne façon de le faire. Il faut choisir ceux qui ont bien marché, et y ajouter les informations dont nous disposons afin de bâtir un solide argumentaire. Si cela ne marche pas avec les projets pilotes, essayons autre chose. Nous voulons vraiment trouver une solution qui marche, et pas quelque chose qui ne marche pas. C'est comme cela qu'on arrivera à changer les choses.

Le président : Vous avez parlé du développement de la petite enfance. Nous allons insister sur ce sujet dans notre rapport, mais nous allons commencer par l'éducation donnée par les parents. Nous allons parler de la santé de la mère et du développement de la petite enfance. Ensuite, je ne sais pas exactement de quelle façon nous le ferons, mais nous parlerons du développement de l'adolescent. Il arrive parfois que, même si l'enfant a été choyé dans sa petite enfance, quelque chose se passe au moment de l'adolescence qui le fait dérailler complètement, que ce soit la communauté, l'influence des camarades, ou autre.

Pensez-vous que nous ayons raison de parler de l'adolescence, ou devrions-nous nous concentrer sur le développement de la petite enfance?

Mme Beanlands : Je pense qu'il est important d'adopter une approche holistique. Vous êtes sur la bonne voie. Il faut tenir compte de l'ensemble. L'éducation donnée par les parents est un facteur crucial. Au CCNDS, nous espérons pouvoir examiner les programmes et interventions que nous avons dans ce domaine et qui ont été évalués, et en faire connaître les résultats aux praticiens en santé publique du Canada.

Pour ce qui est des adolescents, nous savons que la période avant la conception est une période importante. Aussi importante que les soins prénatals. Il nous faut examiner toute cette question. Cela concerne les adolescentes qui se retrouvent enceintes, qu'elles l'aient voulu ou non. Les années d'adolescence sont importantes pour ce qui est de la conception de bébés en bonne santé.

On ne peut donc pas considérer seulement un élément, seulement un déterminant. Il faut considérer l'ensemble, c'est-à-dire toute la personne de l'enfant, toute sa vie, toute la famille, toute sa communauté, toutes ses dimensions culturelles et tout son environnement social.

Le sénateur Fairbairn : Monsieur le président, après avoir écouté tout cela, je pense qu'il serait bon que vous nous parliez, vous et d'autres, de votre voyage à Cuba et de tout ce que ce pays fait en matière de littératie, comparé à ce que nous faisons au Canada.

Le président : Le sénateur Cook et le sénateur Pépin vous le diront, ce voyage nous a ouvert les yeux. Ce pays a fait un constat lucide : comme il ne pouvait pas se payer un système de soins de santé aussi sophistiqué que celui des États-Unis, du Canada ou d'Europe occidentale, il s'est demandé ce qu'il devait faire pour avoir une population en bonne santé, et a décidé de choisir l'approche de la santé de la population. Ils ont une unité fonctionnelle qui est leur polyclinique et qui, pour l'essentiel, est une unité de soins. À côté de la polyclinique, il y a des garderies,

them how to parent when the parents are not there, and so on. Their whole investment is on a population health basis. That is, keep the population healthy and we will deal with illness as best we can when it comes along, but we simply cannot invest the resources that much of the Western world is. Guess what? Their indexes are as good as ours.

[*Translation*]

Senator Pépin: They have absolutely no illiterates. When a woman is pregnant, the doctor immediately goes to see her. If she lives in the regions, they travel to see her twice a month. When she delivers, the monitor takes charge of the child and family, and, when the children are old enough, they go to the day care. It is really surprising. They do not have our money or resources, and there are no illiterates. There are grandparent clinic services to teach parents how to be parents. I must say that that was a good lesson in humility and that we learned a lot.

[*English*]

The Chair: Senator Cook, do you want to comment, or have we said it all?

Senator Cook: You said it all. It was very enlightening.

Ms. Greenwood, you talked about the intergenerational effects of assimilation policies evidenced through residential schools and dislocation. How long will it take? I ask as a senator but also as a member of the United Church that has struggled with this for a long time. Will there be an end? What are your strategies?

Ms. Greenwood: I cannot answer your question, but I can share a story. I did not attend residential school but my father and my family did, my aunts and uncles. I now have three sons aged 30, 24 and 11. I know from experience about residential schools and I have learned about residential schools from being in the community and also in my education. When I talked with my friends about those, we would have a certain kind of discussion, a certain understanding. When I talk with my older sons about this, they have a very different understanding than I do and a different passion than I do. It changes as the generations move away. That is what I am saying. I am much closer to it than my sons are, so they have different issues with it. Theirs are not the same as mine. Perspective changes over time. There must be the health and healing strategies that we see. I think perspective will change with every generation; I see it in my own family. I have learned lessons. I knew what it was to grow up in my family and I knew what family violence was. I knew all those things. I was a generation of change. My sons will be a generation of change and their sons will be a generation of change.

des centres d'éducation de la petite enfance ainsi que des centres d'éducation des grands-parents, où ces derniers apprennent ce qu'il faut faire avec les enfants quand les parents ne sont pas là. Les investissements se font donc au niveau de la santé de la population. Autrement dit, ils essayent de garder la population en bonne santé et de soigner la maladie au fur et à mesure qu'elle se présente, car ils ne peuvent tout simplement pas se permettre d'investir autant de ressources que le monde occidental. Et vous voulez que je vous dise? Leurs indices sont meilleurs que les nôtres.

[*Français*]

Le sénateur Pépin : Ils n'ont absolument aucun analphabète. Lorsqu'une femme est enceinte, le médecin va immédiatement la voir. Si elle demeure en région, ils vont se déplacer pour la voir deux fois par mois. Lorsqu'elle accouche, l'enfant et la famille sont pris en charge par le moniteur, et quand les enfants sont assez vieux, ils vont en garderie. C'est vraiment étonnant. Ils n'ont ni notre argent ni nos moyens et il n'y a pas d'analphabète. Il y a des services de clinique de grands-parents pour enseigner aux parents comment être parent. Je dois vous dire que ce fut une bonne leçon d'humilité, et que nous avons beaucoup appris.

[*Traduction*]

Le président : Sénateur Cook, avez-vous un commentaire à faire, ou avons-nous tout dit?

Le sénateur Cook : Vous avez tout dit. C'était très intéressant.

Madame Greenwood, vous avez parlé des effets intergénérationnels des politiques d'assimilation qui ont été mis au jour par les pensionnats et les déplacements de population. Combien de temps cela va-t-il durer encore? Je suis sénateur, mais je suis aussi membre de l'Église unie, qui lutte contre cet état de choses depuis fort longtemps. Va-t-on y mettre un terme? Quelles sont vos stratégies?

Mme Greenwood : Je ne peux pas répondre à votre question, mais je peux vous raconter une histoire. Je n'ai pas été placée dans un pensionnat, mais mon père, mes tantes et mes oncles l'ont été. J'ai trois fils, âgés de 30, de 24 et de 11 ans. J'ai entendu parler des pensionnats, dans ma communauté et au cours de mon éducation. Quand j'en parlais avec mes amis, on se comprenait. Aujourd'hui, quand j'en parle avec mes deux aînés, leur réaction est complètement différente de la mienne. Tout cela évolue, au fur et à mesure que les générations passent. Ce que je veux dire, c'est que je suis beaucoup plus proche de ce problème que mes enfants le sont, donc ils ne le voient pas de la même façon. Leur point de vue n'est pas le mien. Les perspectives changent avec le temps. Il faut laisser les cicatrices se refermer. Tout cela change, d'une génération à l'autre, je le vois dans ma propre famille. Je me souviens de mes années d'adolescence dans ma famille, de la violence... J'ai vécu tout cela. Je fais partie d'une génération du changement. Mes fils font aussi partie d'une génération du changement, et leurs enfants feront partie d'une autre génération du changement.

I do know that many people suffer. We need to heal. We need those health and healing strategies and we need to identify those for ourselves. I cannot say that it will happen in a certain number of years; I can only speak about my own experience.

Senator Cook: Would you say what is happening is a positive experience? How do you see healing? Does it come from within or does it come from other factors? I hear a lot about healing and reconciliation. Have we dared to put meaning to those words and implement them into programs? I believe it is still a big issue for our First Nations people.

Ms. Greenwood: Personally, I think healing is very individual, but it is also a collective thing. We all have to heal — all peoples — because we all experienced this in our history together. My family may have experienced it differently than other families, but there is healing to be done by all people. It is a hard and complex question that you ask because it is a very personal question as well.

Senator Cook: Yes. For me, I need to heal too, in order to understand.

Ms. Greenwood: Yes. I think we will heal and we will do it together. It will change. I believe that. I see it in my own family.

Senator Cook: I want to thank you for sharing something that is very personal and deep.

The Chair: I want to ask one last question. How are you linking with the CIHI initiative on population health, or are you linking with it? Do you think this could be a coordinating body for the tremendous pools of data that exist in Statistics Canada or elsewhere?

We have to find a way to commit to some advice.

Mr. Benoit: We are indeed collaborating with the Canadian Population Health Initiative, CPHI, on social determinants work. We also collaborated on evaluating a project they did with the Urban Public Health Network on the disparities and inequalities in health in 19 cities across Canada. We work with them on several things.

CPHI commissions work on healthy public policy. This is common ground we share with them. If you look at the different projects they commission and that are underway, they work beyond information and data gathering. It is relevant, but they are not acting to gather data to create policy; rather they are trying to answer the need for policy and informing existing data. For the most part, they are also aptly using outside resources. This speaks to data information knowledge. There needs to be a common background to develop a framework to analyze the data. This is beyond simply gathering data.

Je sais que beaucoup de gens en souffrent. Il faut laisser tout cela se cicatriser, et les stratégies et programmes mis en place pour aider les gens sont nécessaires. Je ne sais pas quand cela va se produire exactement, je ne peux vous parler que de ma propre expérience.

Le sénateur Cook : À votre avis, ce qui se passe en ce moment est-il positif? Pensez-vous que la cicatrisation se fasse vraiment à l'intérieur, ou bien est-elle provoquée par d'autres facteurs? J'entends beaucoup parler de cicatrisation, de guérison et de réconciliation. Est-ce que ce sont des mots, tout simplement, ou les a-t-on traduits dans des programmes concrets? Je suis convaincue que c'est encore un gros problème pour nos Premières nations.

Mme Greenwood : Personnellement, je pense que la guérison est très personnelle, mais ça peut être aussi un processus collectif. Nous avons tous, et je parle de tous les individus, une plaie à cicatriser parce que nous avons chacun notre vécu. Ma famille l'a peut-être vécu différemment que d'autres familles, mais tout le monde doit passer par un processus de guérison. Vous posez une question extrêmement complexe, et il est très difficile d'y répondre parce que c'est aussi très personnel.

Le sénateur Cook : Oui. Moi aussi j'ai besoin de cicatriser mes plaies afin de mieux comprendre.

Mme Greenwood : Oui, nous le ferons ensemble. Tout cela a changé. J'en suis convaincue. Je le vois dans ma propre famille.

Le sénateur Cook : Je tiens à vous remercier de nous avoir parlé avec autant de franchise.

Le président : Permettez-moi de poser une dernière question. Participez-vous de quelque façon que ce soit à l'initiative de l'ICIS sur la santé des populations? Pensez-vous que cette organisation pourrait coordonner la compilation des nombreuses données déjà rassemblées par Statistique Canada et par d'autres organismes?

J'aimerais avoir votre avis là-dessus.

M. Benoit : Nous collaborons déjà avec l'Institut sur la santé de la population canadienne, l'ISPC, dans le cadre de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, pour ce qui est des déterminants sociaux. Nous avons également collaboré à l'évaluation d'un projet qu'a réalisé cet institut avec le Réseau canadien pour la santé urbaine et qui portait sur les disparités et les inégalités en santé dans 19 villes du Canada. Nous collaborons avec eux sur divers dossiers.

L'ISPC fait faire des études sur les politiques publiques et la santé. Nous avons donc un sujet d'intérêt en commun. Si vous examinez les projets que cet institut a commandés, vous verrez qu'ils ne se limitent pas à la collecte d'informations et de données. Ils en font, mais l'objectif n'est pas de recueillir des données pour élaborer des politiques; ils essaient plutôt de proposer des politiques, avec données à l'appui. La plupart du temps, ils ont recours à des ressources externes, pour pouvoir mettre en place le cadre nécessaire à l'analyse des données. Il ne s'agit donc pas seulement de recueillir des données.

Dr. Copes: We have some interaction with Statistics Canada. As you know, they do many different types of surveys, including the current Canadian Health Measures Survey, which will get into some markers of exposure to environmental contaminants.

Before talking to Statistics Canada, I was puzzled about why Canada was relatively far behind other countries in some of this work. I have attended a number of expert panel workshops with Statistics Canada. They are the arm of the federal government that does survey work, and a lot of what we need is survey work.

I was impressed with the integrated thinking of the Statistics Canada people. They realize the need in a determinants of health model to look at how we do periodic surveys, tracking socio-economic determinants, the health care system, and at long last trying to integrate more physical or environmental measures.

We had good discussions on how we explore the interaction between socio-economic status and physical environment. We looked at ways we can add components to different surveys Health Canada does to help us identify how these things work and get beyond broad and powerful, high level associations. Those associations do not necessarily lead us to interventions that will make a difference or fix the problems and reduce disparities.

We certainly see ourselves working with Statistics Canada. The question is how this information would get integrated with other information sources on social and environmental determinants. I think a model like CIHI is needed in the environmental health area as well.

The Chair: Thank you all very much.

The committee adjourned.

OTTAWA, Wednesday, May 14, 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: Honourable senators, although there are more senators to come, we will proceed because we do want to hear from our witnesses. We are already 15 minutes behind schedule.

We have outstanding witnesses again this afternoon. Thank you all in advance for coming here and helping us with this deliberation and report. From the Federation of Canadian Municipalities, we have Michel Frojmovic; from the Canadian Council on Social Development, Pat Steenberg; from the

Dr Copes : Nous avons établi une certaine collaboration avec Statistique Canada. Comme vous le savez, ils font toutes sortes d'enquêtes, notamment l'Enquête nationale sur la santé des populations, qui comprendra des indicateurs sur l'exposition aux contaminants environnementaux.

Avant de connaître Statistique Canada, je me demandais pourquoi le Canada était en retard par rapport aux autres pays dans ce domaine. J'ai assisté à un certain nombre de séminaires de spécialistes à Statistique Canada. C'est l'organisme fédéral qui fait des enquêtes, et c'est précisément ce dont nous avons besoin.

J'ai été impressionné de voir que les fonctionnaires de Statistique Canada avaient une vision intégrée de toute la question. Ils comprennent que, pour élaborer un modèle des déterminants de la santé, il faut faire des enquêtes périodiques, faire le suivi des déterminants socioéconomiques, tenir compte du système de santé et enfin essayer d'intégrer les indicateurs physiques ou environnementaux.

Nous avons eu de bonnes discussions sur la façon d'examiner l'interaction entre le statut socioéconomique et l'environnement physique. Nous avons essayé de voir comment on pourrait ajouter d'autres éléments aux différentes enquêtes de Santé Canada, afin de nous aider à mieux comprendre comment tous ces éléments fonctionnent, au lieu de faire tout simplement des associations qui ne nous amènent pas nécessairement à des interventions efficaces.

Nous avons donc de bonnes relations avec Statistique Canada. La question est de savoir comment ces données pourront être intégrées à d'autres sources d'information sur les déterminants sociaux et environnementaux. Je pense qu'il nous faudrait un modèle comme l'ICIS dans le domaine de la santé environnementale.

Le président : Merci beaucoup à tous.

La séance est levée.

OTTAWA, le mercredi 14 mai 2008

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 15 pour étudier, en vue d'en faire rapport, les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

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

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs, même si nous attendons l'arrivée d'autres membres du comité, nous allons commencer. C'est que nous voulons entendre ce que les témoins ont à dire. Nous sommes déjà 15 minutes en retard.

Nous accueillons cet après-midi des témoins exceptionnels. Merci d'avance à tous d'être venus comparaître et de nous aider à mieux mener notre délibération et la préparation de notre rapport. De la Fédération canadienne des municipalités, nous accueillons Michel Frojmovic; du Conseil canadien de

Atkinson Foundation, Lynne Slotek; and my old friend John Millar, from everywhere, but currently from the Provincial Health Services Authority in B.C.

We will begin with Michel Frojmovic.

Michel Frojmovic, Directeur, Acacia Consulting & Research, Fédération of Canadian Municipalities: I understand I have about five minutes. I will not go into any great detail but will provide an overview of something called the Quality of Life Reporting System (QOLRS), which has been led by the Federation of Canadian Municipalities (FCM) and represents approximately 1,700 municipalities in Canada, about 80 per cent of the population.

To clarify, I am here on behalf of FCM. I am a consultant working on the Quality of Life Reporting System and have been for a number of years. I can answer limited numbers of questions dealing specifically with the QOLRS.

The system was first established in the early 1990s in response to the CHST, Canada Health and Social Transfer, the change in transfers for federal-provincial governments, and then the willingness by municipal governments to want to monitor and measure the impacts on the ground of what this means to citizens in their communities. That is the origin of the project.

The project now provides indicators across 10 domains, including environmental, social and economic, as well as health. It is based on members. There are 22 municipalities, representing over half of the population, typically larger Canadian cities, and it relies heavily on data, of course.

The data comes from a range of sources, Statistics Canada being one but by no means the only one. Issues of geography are important. Many of you have heard of the census metropolitan area, CMA. A CMA is not a city. The Toronto CMA, for example, represents the populations of the city of Toronto and the regions of Peel, York, Durham and Halton. If you are in Mississauga, you are lumped in with the Toronto CMA. I am sure the mayor of Mississauga is not too thrilled with that concept. We try to focus on municipal boundaries. It is an important part of this project.

Other than Statistics Canada, we rely on administrative data collected from municipal governments. They are a repository of a wealth of information. For example, issues of physical activity have become quite important and recreation services — parks and rec, as we call them — are delivered right across the country by municipal governments. They collect all sorts of information on parks and rec users — the cost of programs, the extent to which residents are making use of the programs, the presence of

développement social, Pat Steenberg; de la Fondation Atkinson, Lynne Slotek; et de partout, mais en ce moment, de la Provincial Health Services Authority de la Colombie-Britannique, mon vieil ami, John Millar.

Nous allons donner d'abord la parole à Michel Frojmovic.

Michel Frojmovic, directeur, Consultation et recherche Acacia, Fédération canadienne des municipalités : Je crois comprendre que je dispose de cinq minutes. Je ne vais pas me lancer dans des explications approfondies. Je vais plutôt donner un aperçu d'une chose qui s'appelle le Système de rapports sur la qualité de vie (SRQDV), dont le fer de lance est la Fédération canadienne des municipalités (FCM), qui représente quelque 1 700 municipalités au Canada, c'est-à-dire environ 80 p. 100 de la population.

À titre de précision, je dois dire que je comparais au nom de la FCM. Je suis expert-conseil et je travaille au Système de rapports sur la qualité de vie depuis plusieurs années. Je suis en mesure de répondre à un nombre limité de questions portant précisément sur le SRQDV.

Le système a été créé au début des années 1990 en réaction au TCSPS, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, à la modification des transferts entre le gouvernement fédéral et les provinces. Par la suite, les administrations municipales ont voulu surveiller et mesurer sur le terrain ce que cela signifie d'être citoyen au sein de leurs collectivités. Voilà l'origine du projet.

Aujourd'hui, c'est un projet qui prévoit des indicateurs se rapportant à dix domaines, dont l'environnement, la société et l'économie, aussi bien que la santé. Il a pour ressort l'action des participants. Il s'agit de 22 municipalités représentant plus de la moitié de la population du pays, le plus souvent des villes canadiennes de grande taille. Bien entendu, les données y occupent une très grande place.

Ces données ont de multiples provenances, dont Statistique Canada, qui est certes une source importante, mais pas du tout la seule qui soit. Les questions géographiques y occupent une place importante. Bon nombre d'entre vous avez déjà entendu parler de la région métropolitaine de recensement, la RMR. La RMR n'équivaut pas à une ville. La RMR de Toronto, par exemple, englobe les populations de la ville de Toronto et des régions de Peel, York, Durham et Halton. Si vous vivez à Mississauga, vous faites partie de la RMR de Toronto. Cela n'emballe pas du tout le maire de Mississauga, j'en suis convaincu. Nous essayons de nous attacher aux frontières municipales. C'est un élément important du projet.

Outre celles de Statistique Canada, nous recueillons des données administratives auprès des municipalités. Ce sont de véritables trésors d'information. Par exemple, les questions liées à l'activité physique ont fini par acquérir une assez grande importance. Or, ce sont les administrations municipales qui, d'un bout à l'autre du pays, dispensent les services de loisirs — ce sont les parcs et loisirs, comme nous les appelons. Les responsables des administrations en question colligent toutes

recreation facilities in the community. We rely on municipal administrative data as well. That is an important source of information.

One of the little exercises I did to try to relate the QOLRS to a social-determinants-of-health-population health framework was, if you rename some of what we call the 10 domains, the themes, with social determinants of health, it actually does a reasonable job of capturing that framework.

There is a table in the presentation notes showing the 10 domains across the top, each of which has anywhere from five to ten indicators. Because social determinants of health cover such a wide array of day-to-day life, it does a reasonable job of capturing many of those social determinants of health.

You have in front of you, in effect, a mechanism for measuring social determinants of health at a local or municipal level.

In terms of some key messages relating to data and access to data, I will run through these quickly. There should be some repetition that occurs around these key messages.

When we are talking about determinants of health, population health, a lot of health dynamics happen locally. Because they are happening locally, they need to be measured and understood locally. That includes municipal government, what is happening within a municipality but, within cities, what is happening on a neighbourhood scale. In any given city, you will see significant health inequities across neighbourhoods, as we all know. However, who understands local dynamics? Municipal governments are often in a good position to understand that. Accepting that health dynamics play out locally is one of the key messages, followed by understanding there is a role to be played by municipal government in making that connection.

Another one, as I mentioned, is that municipal boundaries matter. When we are talking about social data, the difference between a CMA and a municipality can be tremendous. That is true not just with the example I gave you, but even with how a survey is designed. Many sample surveys will only pick up enough responses to allow you to report nationally and provincially, sometimes by CMA, but often not at a city scale.

The way questions are posed and the lobbying that happens around them, ensuring that the questions going into the census reflect issues that are relevant at a local level, is vital. Having municipal government involved in helping to frame those questions is significant as well. Municipal boundaries also matter.

sortes d'informations sur les utilisateurs des services de parcs et de loisirs — le coût des programmes, la mesure dans laquelle les résidents y recourent, l'existence d'installations de loisirs au sein de la collectivité. Nous comptons donc également sur les données administratives des municipalités. C'est une importante source d'information.

Je me suis adonné à un petit exercice pour essayer de faire le lien entre le SRQDV et le cadre « déterminants sociaux de la santé/santé des populations ». Si on remplace certains des dix domaines que nous nous sommes donnés, nos thèmes, par les déterminants sociaux de la santé, la concordance avec le cadre en question est assez bonne.

Il y a un tableau dans les notes de la présentation qui fait voir tout en haut les dix domaines, dont chacun comporte de cinq à dix indicateurs. Comme les déterminants sociaux de la santé englobent toute une série d'activités quotidiennes, la concordance avec nombre des déterminants sociaux de la santé en question est assez bonne.

De fait, vous avez devant les yeux un mécanisme qui sert à mesurer les déterminants sociaux de la santé à l'échelon local ou municipal.

Quant aux messages importants touchant les données et l'accès aux données, je vais y aller rapidement. Il devrait y avoir une certaine répétition en ce qui concerne ces messages importants.

Si vous voulez parler de déterminants de la santé, de la santé des populations, il faut dire que la dynamique locale revêt une importance certaine. Comme il s'agit d'éléments qui surviennent localement, il faut les mesurer localement et les situer dans le contexte local. Or, cela comprend l'administration municipale, tout ce qui se passe au sein d'une municipalité, mais, dans le cas d'une ville, c'est ce qui se passe à l'échelon du quartier. Dans toute ville, vous allez être à même de constater des inégalités d'un quartier à l'autre du point de vue de la santé, comme nous le savons tous. Par contre, qui comprend la dynamique locale du phénomène? Les administrations municipales sont souvent bien placées pour comprendre cela. Voilà un des messages clés : il faut accepter que la dynamique de la santé se déploie localement. Puis, il faut comprendre que l'administration municipale a un rôle à jouer pour raccorder les éléments voulus.

Il y a aussi, comme je l'ai mentionné, la question des frontières municipales. Lorsqu'il est question de données sociales, la différence entre une RMR et une municipalité peut être énorme. Cela vaut pour le lieu comme dans l'exemple que je vous ai donné, mais cela va jusqu'à la conception même d'une enquête. Souvent, l'échantillonnage suffit uniquement à établir des données nationales et provinciales qui valent parfois à l'échelon d'une RMR, mais rarement à l'échelon d'une ville.

Il est primordial de s'attacher à la façon dont les questions sont posées et aux pressions qui s'exercent en rapport avec elles. Il faut absolument que les questions figurant dans le recensement soient pertinentes à l'échelon local. Il importe donc que l'administration municipale puisse participer aussi à la formulation des questions. De même, les frontières municipales importent.

You have quite a healthy amount of health data out there, which the ministries of health will be on the receiving end of. It is often in a separate world, a separate silo from social data, and of course a lot of the determinants of health are about connecting social data with health data. How you can bring about the integration is important.

In Ontario, for example, you have health regions where there is a close working relationship with municipal governments. Often, your boards of health are municipal councillors. The scope for it is there but they do appear in separate worlds. How you bring together health data and social data, bring health data into the world of social scientists and social planners, is another critical element. Again, municipal government is there in an integrating way that understands and has its hands in many of these health and social worlds.

To close, there is also something called the municipal data liberation initiative, the MDLI, which will be talked about in more detail. It is essentially trying to understand the world of data from the point of view of municipal governments and making data available at lower cost. It gets expensive. One table will easily cost you \$10,000. It is expensive to acquire this data, to analyze it and to make sense of it. We think that getting it into the hands of municipal governments, who can in turn make it accessible to a range of community associations at a local level, will be of great benefit to advancing a range of social determinants of health. I look forward to the questions as we proceed.

Pat Steenberg, Project Coordinator, Community Social Data Strategy, Canadian Council on Social Development: I would first like to thank the members of the subcommittee for inviting the Canadian Council on Social Development, CCSD, to appear and comment on your fourth report.

I would like to begin my comments with three facts that I think are of particular relevance. First, we live in a world that is characterized by rapid change, conflict, massive population migrations, growing personal insecurity and a widening gap between rich and poor.

The second fact is that we know as well that health is influenced not only by our genetic makeup, but also by the choices we make as individuals, and our social, cultural, physical and economic environments affect those choices.

The third fact is that place matters. Differences in health between neighbourhoods can be as big, or bigger, than differences between cities.

The council has been asked to comment on issue number one, which concerns tracking health outcomes and also supporting research on interventions to enhance the health of the population.

Le pays regorge de données abondantes sur la santé, dont les ministères de la Santé sont les destinataires. Elles circulent souvent dans un monde distinct, prises dans un silo séparé des données sociales. Or, étudier les déterminants de la santé revient souvent à faire le lien voulu entre les données sociales et les données sur la santé. La manière de s'y prendre pour assurer l'intégration importe.

En Ontario, par exemple, les régions sanitaires collaborent étroitement avec les administrations municipales. Souvent, les conseillers municipaux siègent à la commission de la santé. L'intégration serait possible, mais ce sont des données qui circulent dans des mondes distincts. Comment réunir données sur la santé et données sociales, comment alimenter en données sur la santé le milieu des spécialistes des sciences sociales, y compris les planificateurs sociaux? Voilà un autre élément capital. Encore une fois, l'administration municipale représente un champ d'intégration possible où les gens comprennent le phénomène et ont leurs entrées dans bon nombre des disciplines sanitaires et sociales dont il est question.

Pour terminer, je dirai qu'il y a un projet baptisé Initiative de démocratisation des données municipales ou IDDM, qui sera approfondi. Essentiellement, il s'agit d'essayer de comprendre l'univers des données du point de vue des administrations municipales et de rendre les données accessibles à moindres frais. Les données coûtent cher. Il n'est pas rare qu'un tableau coûte 10 000 \$. Or, acquérir ces données, les analyser, en tirer une signification se révèle coûteux. Selon nous, si nous mettons les données entre les mains des administrations municipales, qui, à leur tour, peuvent les rendre accessibles à diverses associations communautaires à l'échelon local, ce sera extrêmement utile pour faire progresser la cause des déterminants sociaux de la santé. Je suis fin prêt à répondre aux questions que vous voudrez me poser au fil de l'audience.

Pat Steenberg, coordonnatrice, Stratégie d'accès communautaire aux statistiques sociales, Conseil canadien de développement social : Je tiens d'abord à remercier les membres du sous-comité d'avoir invité le Conseil canadien de développement social, le CCDS, à comparaître et à commenter son quatrième rapport.

Je vais commencer ma déclaration en soulignant trois faits qui me paraissent revêtir une importance particulière. Premièrement, nous vivons dans un monde caractérisé par des changements rapides, des conflits, d'énormes migrations de populations, un sentiment grandissant d'insécurité individuelle et l'élargissement du fossé entre les riches et les pauvres.

Deuxième fait, nous savons tous que la santé dépend non seulement de notre héritage génétique, mais aussi des choix personnels que nous faisons. Notre environnement social, culturel, physique et économique influence ces choix.

Troisième fait : la notion de zone est importante. Les différences en matière d'état de santé peuvent aussi être marquées, voire plus, d'un quartier à l'autre que d'une ville à l'autre.

Le conseil est invité à commenter l'enjeu un, soit : faire le suivi des résultats obtenus en matière de santé et soutenir la recherche pour les interventions visant à améliorer la santé de la population.

Because we are dealing with the social determinants of health, I have chosen to understand health in its broadest context, which is not only individual physical, social and mental well being, but also our capacity to produce and sustain our own population health without compromising the health of others elsewhere or, indeed, the health of populations not yet born.

At the council, I am responsible for something called the community social data strategy, or the CSDS. There are many acronyms — CCSD and CSDS — but CSDS is a national consortium of 16 regional data user networks, one incidentally in each of Canada's six largest cities. The consortium together includes more than 50 local municipalities, as well as police, social planning councils, health and family service agencies, school boards, United Ways, public libraries and a variety of other local organizations. CSDS functions as a gateway for these groups to collectively purchase and access over \$1 million worth of data from Statistics Canada at a reduced cost.

We have three objectives — to increase data availability, to increase data accessibility and to increase user capacity, all at the community level. The first objective prompts us to improve and enlarge the social data supply; the second is to ensure those data are affordable, properly configured and easily acquired; and the third is to provide training and development around data access and analysis, particularly in the community.

CSDS data is used to understand social welfare and to assess and design social policies, programs and services, and our interests are very much consistent with others working in the area of population health. Unfortunately, and Mr. Frojmovic alluded to this, the social development and health sectors have become somewhat isolated, one from the other, and this disintegration is evident in the separation of research initiatives, resources and particularly of data. The social determinants of health make clear that we share the same goals and need to be working more closely together.

We all accept that objective statistical information is vital to an open and democratic society. I believe it is on the OECD, the Organization for Economic Cooperation and Development, website. We know today if you do not measure something, it simply does not count.

Moreover, recent developments in technology have resulted in a quantum leap in our ability to measure progress — that is, to assess where we are, either in terms of our own goals and objectives or compared to others, and how to evaluate the impact of our interventions.

Comme nous traitons des déterminants sociaux de la santé, j'ai décidé d'aborder le thème de la santé dans un contexte global. C'est-à-dire que la santé revient non seulement au bien-être individuel physique, psychologique et matériel, mais aussi à notre capacité de favoriser et de maintenir la santé de la population actuelle, sans compromettre la santé de personnes vivant ailleurs ou de celles qui ne sont pas encore nées.

Au conseil, je suis responsable de ce qui s'appelle la stratégie d'accès communautaire aux statistiques sociales, ou SACASS. Les sigles sont nombreux — CCDS et SACASS — mais la SACASS est un consortium national regroupant 16 réseaux régionaux d'utilisateurs de statistiques, dont un, soit dit en passant, dans chacune des six grandes villes canadiennes. Le consortium compte plus de 50 municipalités ainsi que des services de police, des conseils de planification sociale, des agences de services de santé et à la famille, des conseils scolaires, des œuvres de bienfaisance, des bibliothèques publiques et toute une panoplie d'organismes locaux. La SACASS sert de passerelle à ces groupes et leur permet de payer ensemble l'accès à des statistiques d'une valeur de plus de un million de dollars provenant de Statistique Canada, à un prix réduit.

Nous avons trois objectifs : accroître la disponibilité des statistiques, accroître leur accessibilité et accroître la capacité des utilisateurs, tout cela à l'échelon communautaire. Pour atteindre le premier objectif, nous devons améliorer et agrandir les banques de statistiques sociales. Pour atteindre le deuxième, il faut s'assurer que les données sont abordables et adéquatement configurées, et qu'il est facile de les acquérir. Pour atteindre le troisième, il faut offrir de la formation et de l'éducation en matière de consultations et d'analyse des statistiques, particulièrement au sein de la collectivité.

Les statistiques de la SACASS nous servent à comprendre le niveau de bien-être des gens et à concevoir et évaluer des politiques, des programmes et des services sociaux. L'intérêt que nous portons aux données rejoint donc en très grande partie celui des autres personnes qui travaillent dans le domaine de la santé publique. Malheureusement, et M. Frojmovic y a fait allusion, les secteurs de la santé et du développement social se sont éloignés l'un de l'autre — une rupture qui se concrétise par la séparation des initiatives et des ressources de recherche, et particulièrement les données. Les déterminants sociaux de la santé font foi de nos objectifs communs et de la nécessité d'instaurer une plus étroite collaboration.

Nous admettons tous que l'accès à des renseignements statistiques objectifs est essentiel à toute société qui se veut ouverte et démocratique. Je crois que vous pouvez trouver cela sur le site Web de l'OCDE, l'Organisation de coopération et de développement économiques. Nous le savons : de nos jours, le phénomène qui n'est pas mesuré passe tout simplement inaperçu.

De plus, les progrès techniques récents ont augmenté de façon phénoménale notre capacité de mesurer le progrès — c'est-à-dire de déterminer où nous en sommes par rapport à nos buts et à nos objectifs, sinon par rapport à ceux des autres, et d'évaluer les répercussions de nos interventions.

However, we are in urgent need of improving, enlarging and rationalizing our social data stock in this country. Complex social analysis requires not only data and a lot of data, it also requires the right data. Nowhere is the right data more important than in our cities, where eight out of ten Canadians now live.

Canadians, as we know, are experiencing explosive growth. For example, between the 2001 and 2006 censuses, the city of Barrie grew by 19 per cent and the city of Red Deer grew by 22 per cent. Our six largest cities — which are obviously Toronto, Montreal, Vancouver, Ottawa-Gatineau, Calgary and Edmonton — each have over 1 million residents. Toronto has nearly twice that. The cities have together accommodated nearly three-quarters of Canada's population growth since the last census. Together, they are home to nearly one in two Canadians.

Municipal governments provide 63 per cent of the public services, and these include the public health and social services that address the social determinants of health but receive only 8 cents on every tax dollar. Cities must spend smart, and smart spending requires good data. With that being said, municipalities have not been a particularly well-served data constituency at the federal level.

To recap, urban populations are growing, not only in size but also in diversity. Increasing diversity is often associated with increased poverty and social exclusion, while the marriage of diversity and density changes the framework for social interaction. We know that social disadvantages concentrate in certain neighbourhoods, and that concentrating social disadvantage accentuates its impact.

There is a critical need for new municipal social infrastructure, and it is infrastructure that recognizes the importance of place. Mr. Frojmovic also spoke about place. Place is the term used to describe a geographic area that has meaning to people, as opposed to 'community' which denotes shared interests and concerns, et cetera, regardless of place of residence. We all know that a child does better in a healthy family, and a healthy family is more likely to be healthy in a supportive neighbourhood.

We also know, on the other hand, that residents of distressed neighbourhoods are more likely to be poor, unemployed, uneducated, unhealthy and victims of crime and abuse.

Using data to create neighbourhood profiles enables us to explore the relationship between neighbourhood effects, such as the social determinants of health, and individual well-being outcomes. It also allows us to explore the relationship between neighbourhood characteristics and neighbourhood effects.

Toutefois, nous devons incessamment améliorer, agrandir et rationaliser nos bases de statistiques sociales au pays. Mesurer des phénomènes sociaux complexes nécessite non seulement une analyse des données, beaucoup de données, mais aussi une analyse des bonnes données. Nulle part serait-ce plus important que dans nos villes, là où vivent maintenant 80 p. 100 des Canadiens.

Comme nous le savons, il est question ici d'une croissance démographique explosive. Par exemple, entre le recensement de 2001 et celui de 2006, la population de la ville de Barrie s'est accrue de 19 p. 100, et celle de la ville de Red Deer, de 22 p. 100. Nos six plus grandes villes — ce sont, évidemment, Toronto, Montréal, Vancouver, Ottawa-Gatineau, Calgary et Edmonton — comptent tous plus d'un million d'habitants. Dans le cas de Toronto, c'est presque le double. Les villes ont enregistré près des trois quarts de l'accroissement démographique connu au Canada depuis le dernier recensement. Ensemble, ces villes abritent près de la moitié de la population canadienne.

Les administrations municipales fournissent 63 p. 100 des services publics, y compris les services sociaux et de santé publique liés aux déterminants sociaux de la santé, mais ne reçoivent que 8 cents sur chaque dollar de recettes fiscales perçues. Les villes doivent dépenser intelligemment l'argent dont elles disposent; or, pour cela, il faut disposer de données rigoureuses. Cela dit, les municipalités n'ont pas été particulièrement choyées au chapitre des données, d'un point de vue fédéral.

Pour récapituler, disons que les populations urbaines croissent et se diversifient aussi. Plus de diversité signifie souvent davantage de pauvreté et d'exclusions sociales, alors que la combinaison densité-diversité modifie le cadre des interactions sociales. Nous savons que les désavantages sociaux sont concentrés dans certains quartiers et que leur concentration en accentue les répercussions.

Il faut se donner impérieusement une nouvelle infrastructure sociale à l'échelle municipale, et cette infrastructure doit tenir compte de l'importante influence de la zone. M. Frojmovic a également évoqué cela. Le terme « zone » désigne un secteur géographique significatif pour ses habitants, par opposition à la « communauté », qui dénote un partage d'intérêt, de normes ou de valeurs entre des personnes, quel que soit leur lieu de résidence. Nous savons tous qu'un enfant réussit mieux s'il grandit au sein d'une famille saine, et qu'une famille a plus de chance d'être saine dans un quartier favorisé.

Nous savons aussi, par ailleurs, que les habitants des quartiers défavorisés sont plus susceptibles d'être pauvres, sans emploi, sans instruction, en mauvaise santé, victimes de crimes et maltraités.

Recourir aux statistiques pour dresser le profil des quartiers nous permet d'étudier la relation entre les effets du quartier, par exemple les déterminants sociaux de la santé, et les résultats individuels du point de vue du bien-être. Cela permet d'établir un lien entre les caractéristiques du quartier et les effets du quartier.

However, in order to link neighbourhood characteristics and neighbourhood outcomes, we have to have access to more and better neighbourhood data, as well as to such things as consistent protocols for neighbourhood profiling.

There are many Canadian researchers and planners who are currently developing and using neighbourhood profiles and developing well-being outcome indicators. However, much of their knowledge goes unused or underused either because the data does not match or because people simply are not aware of what is going on in these different areas.

Moreover, Canada is a country that remains considerably behind other countries in terms of making social data available at the neighbourhood level. For this reason, we are concerned that we do not have at present the appropriate evidence — that is, the indicators, data and methodologies — to validate our intervention decisions and to measure their impact.

The census provides the richest body of social data and one of the few that can be disaggregated down to the neighbourhood level. However, while social planning tends to be at that level, the standard census geographies do not recognize that. Instead, neighbourhood data must be extracted separately and at considerable cost. Also, one has to bear in mind that census data is only available once every five years, which can be problematic in times of rapid growth.

National survey data, as Mr. Frojmovic said, is available more frequently, but sample sizes are typically too small to make them very useful to most municipalities, particularly at the sub-municipal and neighbourhood levels.

Further, another problem is that social data analysis requires that data be tracked over time, so unless the questions are asked in the same manner and retained over successive surveys, that tracking information simply is not available.

CSDS members want more social data, we want more timely data and we want it at locally meaningful geographies. We also want the right to share that data freely with others in our communities.

Statistics Canada restricts the use of its data through licensing. Revenues realized through licensing and other cost recovery measures are necessary to the agency's continued operation. However, licensing restrictions can mean that the same data tables, the \$10,000 data tables, are bought many times over. The costs imposed by the licensing policy seriously constrain the capacity of local-level organizations to access, use and publicize information relevant and important to their communities.

Cependant, pour établir un lien entre les caractéristiques des quartiers et leurs résultats du point de vue du bien-être, il faut à leur sujet des données en plus grand nombre et de meilleure qualité ainsi que des procédures cohérentes pour tracer leur profil.

À l'heure actuelle, de nombreux chercheurs et planificateurs canadiens utilisent des profils de quartier et conçoivent des indicateurs de résultats en matière de bien-être. Par contre, leur travail demeure en grande partie inutilisé, sinon sous-utilisé soit parce que les données sont incompatibles, soit parce que les gens ne sont simplement pas au courant de ce qui se fait dans ces divers domaines.

De plus, le Canada accuse un retard considérable sur d'autres pays quant à la disponibilité des statistiques sociales par quartier. De ce fait, nous craignons ne pas disposer des éléments appropriés — les indicateurs, données et méthodologies — pour justifier nos décisions d'intervention et mesurer leurs répercussions.

Le recensement constitue la source de statistiques sociales la plus riche qui soit. C'est l'une des seules où les données peuvent être ventilées par quartier. Toutefois, même si la planification sociale tend à se déployer à cet échelon-là, les découpages géographiques habituels du recensement n'en tiennent pas compte. De même, il faut se rappeler que les données du recensement sont recueillies seulement tous les cinq ans, ce qui est problématique dans un contexte de croissance rapide.

On a accès plus souvent aux données des enquêtes d'envergure nationale, comme M. Frojmovic l'a dit, mais les échantillons sont habituellement trop petits pour être vraiment utiles à la plupart des municipalités, particulièrement à l'échelon sous-municipal et à l'échelon des quartiers.

Autre problème : l'analyse des statistiques sociales exige que les données soient suivies au fil du temps. À moins que les questions ne soient posées de la même manière et conservées dans plusieurs sondages successifs, il n'y a pas d'information de suivi.

Nous, les participants à la SACASS, nous voulons plus de statistiques sociales, nous voulons des statistiques plus à jour, nous voulons des statistiques qui s'appuient sur des découpages géographiques significatifs à l'échelle locale. De même, nous voulons avoir le droit d'échanger librement ces données avec d'autres au sein de nos communautés.

Statistique Canada restreint l'utilisation de ses statistiques au moyen de licences d'utilisation. Les recettes tirées de cette pratique et d'autres mesures de recouvrement des coûts sont nécessaires à la poursuite de ses activités. Toutefois, les restrictions comprises dans les licences peuvent mener à des situations où les mêmes tableaux statistiques, les tableaux statistiques à 10 000 \$ sont achetés maintes et maintes fois. Les coûts liés à l'achat de licences limitent grandement la capacité des organisations locales d'accéder aux statistiques pertinentes et importantes pour leurs communautés, de les utiliser et de les diffuser.

We strongly recommend that the annual parliamentary appropriations to Statistics Canada be increased to ensure the agency can continue to meet the emerging needs of Canadian municipalities and their communities.

The federal government currently collects and generates a wide and rich variety of social data that is not, or is not presently, shared with other areas or orders of government or with community-level users. At the same time, as I have said, numerous Canadian researchers, sometimes several within a single department, are working to define and track well-being. We believe now is the time for consolidation, rationalization and interdisciplinary cooperation.

The council believes that a significant first step in addressing the national data deficiency would be to create and populate a national data inventory that would acquire, compile, organize, store and disseminate social data. Systemizing the data will enhance its accessibility, will permit comparisons, will ensure data collections are mutually reinforcing and not duplicating, and will lower or remove costs.

We would support the enrichment and expansion of the population health database for this purpose. However, such a resource must be seen as part of, and developed within, the context of a national social data strategy. It must also be understood broadly as a community resource, not solely or even primarily one for the health sector. Moreover, different levels of government should share the funding and maintenance of that resource, but its design and development from the beginning should involve all significant users, particularly those working on the ground in public health and social development. This is not presently happening.

Again, the database should be developed and managed by an appropriate partnership of data providers and data users, including Statistics Canada, relevant governments, the National Council on Welfare, the Public Health Agency of Canada, the Canadian Index of Wellbeing, the Federation of Canadian Municipalities and the Canadian Council on Social Development, among others. The partners themselves should decide on an appropriate distribution of roles and responsibilities.

Your interest in tracking and measuring the social determinants of health is evidence of the growing interest generally in the provision and use of social data. It also reflects what we at the CCSD view as a paradigmatic shift in how we understand and evaluate individual and societal well-being.

To understand population health, we need to know how well-being is distributed among the population, and we also need to know those factors accounting for that pattern of distribution.

Nous recommandons fortement que le crédit parlementaire annuel à Statistique Canada soit augmenté pour garantir que l'organisme répond aux besoins nouveaux des municipalités canadiennes et de leurs communautés.

À l'heure actuelle, le gouvernement fédéral recueille et génère une gamme riche et variée de statistiques sociales qui ne sont pas ou ne peuvent être mises à la disposition d'autres secteurs, ordres de gouvernement ou utilisateurs locaux. Parallèlement, comme je l'ai dit, de nombreux chercheurs canadiens, parfois au sein d'un même ministère fédéral, oeuvrent à la définition et au suivi du bien-être. Nous croyons que le moment est venu d'avoir une consolidation, une rationalisation et une coopération interdisciplinaire.

Le conseil estime qu'une première étape importante pour pallier au manque de données nationales consisterait à créer et à alimenter un inventaire statistique national qui permettrait de recueillir, de compiler, d'organiser, de stocker et de diffuser des statistiques sociales. La systématisation servira à améliorer l'accessibilité des données, permettra des comparaisons, garantira que les collectes de données sont complémentaires et non pas à double emploi, et de diminuer sinon de supprimer carrément les coûts.

Nous soutiendrions l'enrichissement et l'agrandissement de la base de données sur la santé de la population à cette fin. Cependant, une telle ressource doit être considérée comme partie intégrante d'une stratégie nationale de statistiques sociales et être élaborée dans ce contexte. Elle doit être comprise dans son ensemble comme une ressource communautaire et non comme une ressource qui serait uniquement ni même principalement destinée au secteur de la santé. En outre, les divers ordres de gouvernement devraient assumer conjointement le financement et l'entretien de cette ressource, dont la conception et le développement devraient toutefois être l'affaire, dès le début, de tous les utilisateurs concernés, particulièrement de ceux oeuvrant sur le terrain dans les domaines de la santé publique et du développement social. Or, ce n'est pas le cas en ce moment.

Encore une fois, la création et la gestion de la base de données devraient relever d'un partenariat approprié de fournisseurs et d'utilisateurs de données, dont Statistique Canada, des administrations gouvernementales touchées, du Conseil national du bien-être social, de l'Agence de la santé publique du Canada, de l'indice canadien du mieux-être, de la Fédération canadienne des municipalités et du Conseil canadien de développement social, entre autres. Les partenaires eux-mêmes devraient répartir comme il se doit les rôles et les responsabilités.

L'intérêt que vous portez au suivi et à la mesure des déterminants sociaux de la santé témoigne de l'intérêt général qui est de plus en plus porté à l'offre et à l'utilisation des statistiques sociales. Il témoigne aussi de ce que nous, au CCSD, estimons être un tournant paradigmatique dans la manière de comprendre et d'évaluer le bien-être individuel et sociétal.

Pour comprendre la santé de la population, nous devons savoir comment le bien-être y est réparti et savoir quels facteurs interviennent dans cette répartition. Les mesures globales

Aggregate measures mask significant variations in well-being distribution. They inevitably bias analysis away from recommending change in favour of preserving the status quo.

The Chair: That was excellent. It leads right into, I believe, Lynne Slotek.

Lynne Slotek, National Project Director, Canadian Index of Wellbeing, Atkinson Foundation: Thank you for the opportunity to speak to you this afternoon. I am the National Project Director of the Canadian Index of Wellbeing, CIW, housed at the Atkinson Charitable Foundation. With the clerk's support, I provided you with a PowerPoint deck which gives you some information regarding what is the Canadian Index of Wellbeing. I will not go into a great deal of detail but will provide a summary in the context of what is possible if we were really able to address the data gaps and increase the potential of dissemination of data across Canada.

The Canadian Index of Wellbeing is a project that has been in development since 1999, but more intensely since 2004. It is a pan-Canadian endeavour built by a group of researchers and indicator practitioners from St. John's, Newfoundland, all the way across to Whitehorse, Yukon. We have used the best data available at Statistics Canada and others, but we have also used a public engagement process whereby we have gone to Canadians twice and done public consultations across Canada about what well-being means to them.

The intent of this is to build a national understanding of what well-being is across eight domains. We call one of those domains healthy populations, which is the social determinants of health, although when you look at the others on the list, including living standards and community vitality, it reflects many other aspects of social determinants of health. The intent is to build a trend line by taking eight domains and integrating them into one single number so that we can actually take a look, over time, at whether Canada is progressing towards well-being or away from well-being.

It is built on a set of national values, everything from security to sustainability, to equity, fairness and inclusiveness, all those values that we hear Canadians talk about quite repeatedly. Although we talk about our differences — and there are and we need to take into account our diversity — I was struck, in the public consultations, by how much we have in common around values.

The underpinning of the CIW is based on nine core Canadian values. The CIW includes eight domains with 64 specific and measurable indicators that form single numbers which tell us about progress toward well-being or away from well-being. That is the goal; that is the vision.

What I want to talk to you about is what we have learned in terms of getting from this point to rolling out the Canadian Index of Wellbeing for Canadians over the next six to nine months.

masquent d'importantes variations dans la répartition du bien-être. Elles influencent inévitablement les analyses, dont les conclusions s'éloignent de fait d'une recommandation de changement et favorisent le statu quo.

Le président : Voilà qui était excellent. Cela nous amène, je crois, à l'exposé de Lynn Slotek.

Lynne Slotek, directrice nationale de projet, indice canadien du mieux-être, Fondation Atkinson : Merci de l'occasion que vous me donnez de m'adresser à vous cet après-midi. Je suis la directrice nationale de projet responsable de l'indice canadien du mieux-être, qui est abrité pour ainsi dire à l'Atkinson Charitable Foundation. Avec le concours de la greffière, je vous ai remis un document PowerPoint qui vous donne certains renseignements sur l'indice canadien du mieux-être. Je ne vais pas me lancer dans des explications très approfondies. Je vais plutôt résumer ce qui devient possible si nous décidons de pallier vraiment au manque de données et d'accroître la circulation potentielle des données au Canada.

L'indice canadien du mieux-être est un projet dont la création remonte à 1999, mais le travail qui s'y fait est plus intense depuis 2004. Il s'agit d'un projet pancanadien mené par un groupe de chercheurs et de praticiens du domaine des indicateurs de tout le pays, de St. John's, à Terre-Neuve, jusqu'à Whitehorse, au Yukon. Nous avons recouru aux meilleures données qu'offrent Statistique Canada et d'autres sources, mais nous avons appliqué une démarche publique, c'est-à-dire que nous avons consulté les Canadiens deux fois, réalisé des consultations publiques partout au pays à propos de ce que le terme bien-être signifie pour eux.

Il s'agit d'en arriver à une compréhension commune de ce qu'est le bien-être à l'échelle nationale. Pour cela, nous avons établi huit domaines. Nous parlons par exemple de populations en santé, ce qui renvoie aux déterminants sociaux de la santé, mais si on s'attarde aux autres éléments de la liste, y compris le niveau de vie et le dynamisme communautaire, on voit que de nombreux autres aspects des déterminants sociaux de la santé entrent en ligne de compte. Il s'agit d'établir une courbe de tendance en prenant huit domaines et en les regroupant en un indice unique. Cela nous permettrait de déterminer, au fil du temps, si le Canada se rapproche ou s'éloigne du mieux-être.

Le travail se fonde sur une série de valeurs nationales, depuis la sécurité jusqu'à la viabilité à long terme, en passant par l'équité, la justice et l'inclusion, toutes les valeurs dont les Canadiens discutent assez souvent. Nous traitons bel et bien de nos différences — il y en a, et il faut tenir compte de notre diversité —, mais, pendant les consultations publiques, j'ai été frappée de constater à quel point nous nourrissons des valeurs communes.

L'ICME a pour assise neuf valeurs canadiennes fondamentales. L'ICME comporte huit domaines et 64 indicateurs précis et mesurables ramenable à un seul chiffre qui nous dit si nous nous approchons ou nous éloignons du mieux-être. C'est là le but; c'est là la vision du projet.

Ce dont je voudrais vous parler, c'est de ce que nous avons appris en ce qui concerne l'idée de mettre en place au cours des six à neuf prochains mois l'indice canadien du mieux-être au profit des Canadiens.

First and foremost is that social determinants of health time series data are time limited and have serious gaps. In order to establish trend lines, one must be able to populate and have points in time. I believe Dr. Millar will probably speak about some of the serious gaps, but I would also like to affirm that issues around poverty, homelessness, affordable housing, food security and income security are not well tracked. If we really are serious about taking a look at the social determinants of health, and changing the dialogue and paradigm about what well-being looks like in Canada, we must start tracking that information.

I will not belabour the point, but there is also the need for increased data collection. Although the Canadian Index of Wellbeing is not intended to develop at the local level, we are incredibly struck in our partnerships with people like FCM, the Community Foundations of Canada's Vital Signs and the United Way's Action for Neighbourhood Change, that there is a thirst for that knowledge. Planning cannot be done at the local level, and one cannot do horizontal planning across Canada and vertical planning at three levels of governance without that. We need more neighbourhood and government level indicators, which both Mr. Frojmovic and Ms. Steenberg talked about.

Tracking change over time is incredibly difficult when survey questions are not asked in the same way over time. Perhaps one of the biggest challenges is that there is not an engagement with those who will actually use the information. It is important to ask the same question over a period of time so that you can really track what that means and what the time series looks like.

There is little or no communication between the social development community and health community at the planning and policy level. You have two silos going on. There is a great deal of information at the social development planning level around what a good city looks like, and its relationship to healthy living and those issues of social determinants of health. They do not often talk to those people working in the health field. There are numerous models and practices across Canada to show that this intersectoral collaboration can be successful, but we are not using it to the fullest in Canada.

We also have organizational/departmental silos and few government/community partnerships where information is not shared transparently leading to cross-purpose planning; it is important to get on the same page and work together collectively. The other issue is no integrated government/community framework for collecting, organizing and disseminating data. It is not a government responsibility only. It can be a community/government partnership that would have a vast impact on the change and address the social determinants of health in Canada. Some of the recommendations that I bring to you from our Canadian Index of Wellbeing network are, first, Statistics Canada

D'abord et avant tout, les données chronologiques sur les déterminants sociaux de la santé sont limitées du point de vue de la durée et présentent d'importantes lacunes. Pour établir une courbe de tendance, il faut pouvoir alimenter l'analyse et se donner une série temporelle. M. Millar parlera probablement de certaines des lacunes graves qui existent, mais j'aimerais déclarer pour moi-même que la pauvreté, l'itinérance, les conditions de logement, la sécurité alimentaire et la sécurité du revenu sont des questions qui ne font pas l'objet d'un bon suivi. Si nous sommes sérieux et que nous souhaitons vraiment aborder les déterminants sociaux de la santé et faire évoluer le dialogue et le paradigme entourant la notion de bien-être ou de mieux-être au Canada, nous devons commencer à assurer le suivi de cette information-là.

Je ne m'étendrai pas inutilement sur la question, mais il faut également accroître la collecte de données. L'indice canadien du mieux-être n'est pas censé se déployer à l'échelon local, mais nous sommes frappés par la soif de connaître ces choses-là chez nos partenaires, par exemple la FCM, l'organisation responsable du rapport « Signes vitaux » des Fondations communautaires du Canada et l'Initiative de revitalisation des quartiers de Centraide. La planification ne peut se faire à l'échelon local, et on ne saurait procéder à la planification horizontale dans tout le pays ainsi qu'à la planification verticale des trois ordres de gouvernance sans cela. Il faut davantage d'indicateurs pour le quartier et pour le gouvernement, ce dont M. Frojmovic et Mme Steenberg ont parlé.

Il est extrêmement difficile de suivre le changement au fil du temps si les questions figurant dans les sondages ne sont pas toujours posées de la même façon. Un des principaux problèmes tient peut-être au fait que les utilisateurs de l'information ne sont pas mis à contribution. Il importe de poser la même question au fil du temps de manière à pouvoir vraiment suivre l'évolution des choses et l'aspect de la série chronologique.

La communication est faible, voire inexistante entre le milieu du développement social et le milieu de la santé à l'échelle des politiques et de la planification. Ce sont deux silos. Dans le milieu de la planification du développement social, il y a une abondante information sur ce à quoi ressemble une bonne ville et sur les liens qui existent entre cette dernière, une vie saine et les déterminants sociaux de la santé en question. Les gens de ce domaine ne s'entrelient pas souvent avec les gens du domaine de la santé. Bon nombre de modèles et de pratiques au Canada font voir qu'une coopération intersectorielle à ce sujet pourrait se révéler fructueuse, mais c'est une possibilité que nous n'exploitons pas au maximum au Canada.

Il y a également les silos organisationnels et ministériels. Et puis, rares sont les partenariats conclus entre le gouvernement et les collectivités. De ce fait, l'information ne circule pas, d'où une planification malencontreuse. Il importe de faire en sorte que tout le monde soit sur la même longueur d'ondes et travaille ensemble. Enfin, il n'y a aucun cadre de travail intégré gouvernement-collectivités pour la collecte, l'organisation et la diffusion des données. Ce n'est pas une responsabilité qui revient uniquement au gouvernement. Il pourrait y avoir un partenariat collectivités-gouvernement qui aurait d'importantes répercussions pour le changement envisagé et qui permettrait de prendre en main le

is obviously a well-funded government agency here in Ottawa, but it must be adequately funded so that it meets all people's needs. This is Ms. Steenberg's point around the fact that access to that information is not available to smaller community organizations in the community. They have to pay over and over again. You must address that issue.

Statistics Canada needs to take a more open leadership role in government/community partnership frameworks so that data users have strategic input into the types of data gathered. I commented on this earlier.

Statistics Canada and other collectors of social determinants of health data should be able to share their knowledge and show data users how to use and interpret the data.

In your *Issues and Options* paper — and I was delighted to see this — you talked about health goals and outcomes. That is an important strategy to look at tangible outcomes and goals, but they will fail if it is not embedded in legislation with targets and long-term financial investment and political champions.

The last recommendation I would share with you is to establish an integrated government/community, multi-level health and social development framework for collecting, tracking, organizing, analyzing and disseminating social determinants of health data.

Thank you for your time.

Dr. John Millar, Executive Director, Population Health Surveillance and Disease Control, Provincial Health Services Authority, B.C.: Thank you for the opportunity to appear once again before you. I am with the Provincial Health Services Authority in British Columbia. I have responsibilities under that authority for trying to improve the health of the population in British Columbia. I work closely with the public health officers in British Columbia and the British Columbia Healthy Living Alliance. At the national level, I chair the national advisory committee on the National Collaborating Centre for Determinants of Health. I work closely with the Chronic Disease Prevention Alliance of Canada and several F/P/T, federal/provincial/territorial, committees. The views I will give you are drawn from my experience in all of those realms.

I read your fourth report with great interest and am encouraged to see how it is going. I know you have asked me to comment in particular on the data and research areas, but those must be thought of in context, so I will take the opportunity to say a bit about where I hope you might go around some specifics in your final report. I know this is a preliminary report and does not have a lot of specifics in it, but I would urge you to

dossier des déterminants sociaux de la santé au Canada. Voici quelques recommandations que je vous transmets au nom du réseau pour l'indice canadien du mieux-être. Premièrement, Statistique Canada est visiblement un organisme gouvernemental bien financé pour le travail qu'il fait ici à Ottawa, mais il faut le financer correctement pour qu'il puisse satisfaire aux besoins de tous. Cela nous ramène au point souligné par Mme Steenberg, soit que l'information en question n'est pas accessible aux petits organismes locaux. Ils doivent payer maintes et maintes fois. C'est un problème qu'il faut régler.

Statistique Canada doit pratiquer un leadership plus ouvert dans le cadre des partenariats gouvernement-collectivités pour que les utilisateurs de données aient leur mot à dire dans le type de données qui est recueilli. J'en ai déjà parlé.

Statistique Canada et d'autres responsables de la collecte de données sur les déterminants sociaux de la santé devraient être en mesure de faire circuler leurs connaissances et montrer aux utilisateurs de données comment utiliser et interpréter les données.

Dans votre document *Enjeux et options* — et je me suis réjoui au plus haut point de le constater —, vous parlez de buts et de résultats sanitaires. C'est une stratégie importante : envisager des résultats et des buts concrets, mais ce sera en vain si la mesure ne figure pas dans une loi qui comporte des cibles, s'il n'y a personne pour défendre la cause politiquement et s'il n'y a pas d'investissements financiers à long terme qui sont faits.

La dernière recommandation que je vous transmettrais est la suivante : établir un cadre intégré de développement social et sanitaire multiniveau entre le gouvernement et les collectivités pour la collecte, le suivi, l'organisation, l'analyse et la diffusion des données sur les déterminants sociaux de la santé.

Merci de m'avoir écoutée.

Dr John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies, Provincial Health Services Authority, Colombie-Britannique : Merci de me donner l'occasion de témoigner devant vous à nouveau. Je travaille à la Provincial Health Services Authority en Colombie-Britannique. Les responsabilités officielles que j'y exerce consistent à travailler pour améliorer la santé de la population en Colombie-Britannique. J'ai travaillé en étroite collaboration avec les agents de santé publique en Colombie-Britannique ainsi qu'avec la British Columbia Healthy Living Alliance. Sur le plan national, je suis président du comité consultatif national du centre national de collaboration sur les déterminants de la santé. J'ai collaboré étroitement avec l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada comme avec plusieurs comités fédéraux-provinciaux-territoriaux. Le point de vue que je m'appête à vous donner est tiré de mon expérience dans tous les champs d'action que je viens de décrire.

J'ai lu votre quatrième rapport avec grand intérêt; le progrès dont il témoigne m'encourage. Je sais que vous m'avez demandé de commenter en particulier la question des données et celle de la recherche, mais ce sont des questions qu'il faut situer dans leur contexte; je vais donc profiter de l'occasion pour parler un peu des pistes d'action que j'espère que vous allez suivre en rapport avec des aspects précis de votre rapport final. Je sais qu'il s'agit ici d'un

consider, when you talk about some national strategies, that they include the following five topic areas at least. For those of you who are trying to follow this from my PowerPoint deck, I am starting more or less on page 4.

The first of the five areas would be looking at the issue of homelessness and affordable housing in this country. You know the extent of the problem. It is right across the country. There is a profoundly solid business case for doing something about that. There is huge support around that. The first one is homelessness and affordable housing, which is very much linked into the issues of mental health and addictions. These first three are all closely connected. The second area is child and family poverty. You know the issues around that. The third is around early childhood development and getting to some sort of universal access to child care. The fourth is around obesity. We have a huge epidemic of obesity in this country, and we need a national strategy on that with goals. The fifth is the issues around Aboriginal health. All of these need strategies, and the strategies need goals. As Ms. Slotek has said, the goals need targets, and the targets need measurements. That is the context in which I will now move to discuss data and research issues.

On the data front, we are blessed in this country with many large databases. You have heard about some of the issues around those. Certainly, in population health and the social determinants, there is much work to be done. One of the missing pieces is around good economic data and a good economic analysis because always, these days, any government or anyone in the private sector wants to see a business case. What does it cost to deliver a program, and what are the societal benefits and the payoffs? We are commonly hamstrung by inadequate economic data, and that gap must be filled.

Another issue is around data access. You have heard some of it targeted in particular at Statistics Canada. The issue I want to bring forward that has not been mentioned here today is around data access from government departments right across the board, federally and provincially, often stifling access to data under the privacy and confidentiality legislation. I am hearing people in the committees I sit on and the meetings I go to in British Columbia say that Canadians are dying because we do not have adequate data access. I am also hearing that it is not strictly because of the legislation, but that governments are using legislation as an excuse not to release data. We are suffering great inhibition in being able to link databases and conduct the research in the population health intervention area that needs to be done.

rapport préliminaire qui ne comporte pas beaucoup d'aspects précis, mais je vous inviterais vivement à envisager, au moment de discuter de stratégies nationales, d'y faire figurer tout au moins les cinq sujets suivants. Pour ceux parmi vous qui essayez de suivre mon exposé à l'aide du document PowerPoint, je commence plus ou moins à la page 4.

La première des cinq questions serait celle de l'itinérance et de l'accès au logement abordable au pays. Vous connaissez l'ampleur du problème. C'est tout le pays qui est touché. Or, il y a des raisons profondes de croire que l'action à cet égard rapporte. Les appuis sur ce point sont colossaux. La première question — l'itinérance et l'accès à un logement abordable — est très fortement liée aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Les trois premiers sont fortement liés entre eux. La deuxième question est celle de l'enfance et de la pauvreté des familles. Vous connaissez les problèmes qui existent en rapport avec cette question-là. La troisième question est celle du développement de la petite enfance et de l'accès universel à la garde des enfants, quelle qu'en soit la forme. La quatrième question est celle de l'obésité. Il y a toute une épidémie d'obésité au pays, et il nous faut à cet égard une stratégie nationale qui comporte des buts. La cinquième question est celle de la santé des Autochtones. Pour toutes ces questions il faut une stratégie, et pour les stratégies, il faut des buts. Comme Mme Slotek le disait, il faut des cibles pour atteindre les buts, et il faut des mesures pour atteindre les cibles. Voilà le contexte que j'ai voulu brosser avant de passer à mon exposé sur les données et la recherche.

Du point de vue des données, notre pays est béni : il compte un grand nombre de bases de données d'envergure. Vous avez entendu parler de certains des enjeux à cet égard. Certes, dans les domaines de la santé des populations et des déterminants sociaux, il y a encore beaucoup de travail à faire. Ce qui fait défaut, entre autres, c'est l'accès à de bonnes données économiques et à une bonne analyse économique : de nos jours, le gouvernement aussi bien que le secteur privé tient à avoir une analyse de rentabilité des projets. Qu'est-ce qu'il en coûte pour exécuter un programme et quels en sont les avantages et les retombées pour la société? Être limité faute de données économiques adéquates est pour nous monnaie courante. C'est une lacune qu'il faut corriger.

L'autre question est celle de l'accès aux données. Vous en avez entendu parler dans le cas particulier de Statistique Canada. Le problème que je veux soulever n'a pas été abordé aujourd'hui. C'est celui de l'accès aux données des ministères en général, sur le plan fédéral aussi bien que provincial. C'est l'accès aux données qui, souvent, est sévèrement limité sous le régime des lois sur la protection des renseignements personnels et la confidentialité. Au comité où je siège et pendant les réunions auxquelles j'assiste en Colombie-Britannique, j'entends dire qu'il y a des Canadiens qui meurent parce que l'accès aux données fait défaut. J'entends aussi dire que ce n'est pas seulement en raison des lois. C'est aussi parce que les gouvernements se servent des lois comme prétexte pour ne pas divulguer certaines données. Nous sommes aux prises avec une grande inhibition qui nous empêche de raccorder les bases de données et de mener les recherches qui s'imposent dans le secteur des interventions en santé publique.

Another restriction that we have is around capacity to do the analysis even when we have data. With the Institute of Population and Public Health under John Frank, where I was honoured to be on the institute advisory board, there were great frustrations because the country does not have the research capacity to even use the data that we do have.

Another area that I would recommend for your consideration is the area known as economic microsimulation techniques. Again, Statistics Canada has considerable expertise in this area, as do many academic institutions, but it is considerably underdeveloped and underfunded in the country at the moment. It is a technique that allows us to make projections. It is something used routinely in treasury boards and finance departments, but it is not being used so much in population health. It allows us to estimate the input of potential population health interventions.

I also want to emphasize something you have heard from everyone, which is the need for local level data. Once again, the privacy and confidentiality legislation often inhibits the release of data at a very local level. We need to somehow get past that. Again, the resources devoted to local-level data are inadequate.

Let me turn, in conclusion, to issues around population health research. There is a terrific need and underfunding for population health intervention research in the country, including, as I mentioned earlier, economic cost benefit studies. If you look at the way the Canadian Institute for Health Information, CIHI, currently allocates its funding, the fourth pillar around population health is by far the smallest. It is a tiny fraction of what is still going into basic science and clinical sciences. This needs to be augmented.

The Chair: I thank all of you and will lead off the questioning. It seems that you are all telling us — and we heard this before — what we need in the way of a data capacity for evaluating population health and initiating change. We need a national data inventory. This must be community sensitive and perhaps I could go so far as to say community based. You are preaching to the converted. We have believed for a long time that we must get this organized at the community level.

Again, you have given us the litany of outstanding organizations when it comes to data, such as Statistics Canada and the new CIHI initiative, and the list goes on. They have been before us at least once, some several times, and are trying to be as helpful as they can be.

There is a tough question here that I would like all four of you to address. I am a big believer in networking rather than top-down control so that you can allow initiatives to develop and

Autre problème : même là où nous avons accès aux données, la capacité d'analyse est restreinte. À l'Institut de la santé publique et des populations, sous la férule de John Frank, là où j'ai eu l'honneur de siéger au conseil consultatif de l'institut, je peux vous dire qu'il y avait une grande frustration à ce sujet. C'est que le pays ne possède pas la capacité de recherche nécessaire pour se servir même des données dont nous disposons déjà.

Je vous recommanderais aussi de porter votre regard sur ce qui s'appelle les techniques de microsimulation économique. Encore une fois, Statistique Canada possède une expertise considérable en la matière, tout comme de nombreux établissements d'enseignement, mais c'est un secteur qui est considérablement sous-développé et sous-financé au pays en ce moment. Il s'agit d'une technique qui nous permet de faire des prévisions. C'est un procédé d'usage courant dans les conseils du trésor et les ministères des Finances, mais il ne s'emploie pas tant dans le domaine de la santé des populations. La technique nous permet d'estimer l'intrant en ce qui concerne les interventions possibles en santé publique.

Je tiens aussi à insister sur une chose que tout le monde vous a dite, soit qu'il faut des données localement. Encore une fois, les lois en matière de protection des renseignements personnels et de confidentialité empêchent souvent la divulgation des données à l'échelon très local. Nous devons trouver une façon de régler ce problème. Encore une fois, les ressources consacrées aux données locales sont inadéquates.

Pour conclure, permettez-moi d'aborder les problèmes entourant la recherche en santé publique. Le besoin criant est à l'égal du sous-financement qui touche la recherche sur les interventions en santé publique au pays, y compris, comme je l'ai déjà mentionné, pour les études coûts-avantages. Si vous regardez la façon dont l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, attribue actuellement son financement, vous verrez que le quatrième pilier — celui de la santé publique — est de loin le moins bien nanti. C'est une fraction de l'investissement qui est encore fait dans les sciences fondamentales et les sciences cliniques. Il faut augmenter le budget.

Le président : Je vous remercie tous et je prends l'initiative des questions. Il me semble que vous êtes tous en train de nous dire — et nous avons déjà entendu cela — ce qu'il nous faut, du point de vue des données, pour évaluer la santé publique et susciter le changement. Il faut un répertoire national des données. Il doit être adapté au contexte des collectivités; j'irais peut-être jusqu'à dire qu'il doit être communautaire. Vous prêchez aux convertis. Il y a un bon moment que nous croyons qu'il faut organiser cela à l'échelon communautaire.

Encore une fois, vous nous avez donné la litanie d'organismes exceptionnels qui traitent de données, par exemple Statistique Canada et l'ICIS pour sa nouvelle initiative, et tous les autres. Leurs représentants sont venus nous présenter leur témoignage au moins une fois, et plusieurs fois dans certains cas, et ils essaient d'être le plus serviables possible.

Il y a ici une question difficile que j'aimerais que vous envisagiez tous les quatre. Je crois énormément au pouvoir des réseaux, par opposition au contrôle descendant, car cela permet

work together. However, there must be some coordinating body or force. We have been searching for that for the last while, and that was in our *Issues and Options* paper. Who can do this? I asked Michael Wilson the last time he was here if Statistics Canada could do this. I asked CIHI if they could do it. CIHI seemed to be the most optimistic group with their population health initiative. Some people, such as John Frank, said, «I think you need a new umbrella organization.» I would hope we do not but maybe we do. There are so many good organizations out there. If we could get them harnessed, I hope they could do what they have to do.

Would each one of you try to address who you think could provide the leadership? Who could provide the coordination to get the ball rolling on this data initiative?

Mr. Frojmovic: I will reflect on some things I have said and heard.

What will not work at this point is that Statistics Canada is in a bit of a conflict because it is earning a living doing things the way it is doing things. That has been part of the problem. It could play that role if its livelihood was not dependent upon it, but that does not seem to be the case right now.

The issue with bringing in an organization like CIHI does not address this wall between the health sector and the non-health sector that also must be overcome. Both those entities, Statistics Canada and CIHI, would be integral to what we are talking about. Each of them, on its own, however, does not address that.

Perhaps Ms. Steenberg can talk about what is emerging. As you have said, there are thousands of flowers blooming out there but they are not talking to each other. There are attempts at the grassroots level to convene these networks. Maybe I will use that as an introduction to what Ms. Steenberg will talk about.

Ms. Steenberg: To answer the question, there are two parts to what you are talking about doing. One is an operational part, which is maintaining the data and ensuring it gets out and is accessible. The other is a strategic role, which concerns what data should be there, how it should be captured, what should be acquired and so on, namely all the strategic aspects of making that data available.

With regard to the operational part, it could be Statistics Canada or CIHI. They have the infrastructure to be able to do the operational part of it with the adequate funding.

With the strategic part of it, however, I would like to think there would be something that I like to call the «national round table on social data and infrastructure,» which would be something like the national round table on the economy and the environment. It would bring together Statistics Canada, CIHI

aux initiatives de croître et de se lier entre elles. Tout de même, il faut qu'il y ait une force quelconque de coordination, un organisme. Nous menons des recherches là-dessus depuis un certain temps; il en a été question dans notre dernière livraison d'*Enjeux et Options*. Qui peut s'en charger? J'ai demandé à Michael Wilson, la dernière fois où il est venu comparaître, si Statistique Canada pouvait le faire. J'ai demandé aux responsables de l'ICIS si ce dernier pouvait le faire. Grâce à son initiative sur la santé de la population, l'ICIS semblait former le groupe le plus optimiste. Certaines personnes, par exemple John Frank, ont dit : « Je crois qu'il faut un nouvel organisme-cadre. » J'aurais espéré le contraire, mais peut-être nous faut-il un tel organisme. Il y a un si grand nombre d'organismes de qualité. Si nous pouvions les mobiliser, j'aurais espoir qu'ils fassent ce qu'ils ont à faire.

Chacun d'entre vous peut-il nous dire qui, selon lui, pourrait prendre la situation en main? Qui pourrait coordonner la tâche, lancer le projet en question sur les données?

M. Frojmovic : Je vais commenter certaines des questions dont j'ai parlé moi-même et dont j'ai entendu parler.

Ce qui empêcherait le projet de porter fruit en ce moment, c'est que Statistique Canada est aux prises avec un conflit : sa façon actuelle de procéder lui rapporte des fonds. Voilà où le problème a pu résider en partie. L'organisme pourrait jouer ce rôle-là si sa subsistance n'était pas en jeu, mais cette avenue lui semble interdite en ce moment.

Faire appel à un organisme comme l'ICIS ne permet pas d'abattre le mur qui existe entre le secteur de la santé et l'autre secteur. Les deux entités en question — Statistique Canada et l'ICIS feraient partie intégrante de ce dont nous parlons. Par contre, chacune d'entre elles, si elle est laissée à elle-même, ne peut remédier à ce problème.

Peut-être que Mme Steenberg peut parler de ce qui pointe à l'horizon. Comme vous avez pu le dire, les organismes fleurissent, mais chacun reste coi. Il y a des tentatives faites pour mettre ces éléments en réseau à la base. Voilà peut-être l'introduction que j'utiliserai pour parler du sujet que Mme Steenberg a abordé.

Mme Steenberg : Pour répondre à la question, le sujet que vous abordez comporte deux parties. Il y a d'abord la partie opérationnelle, qui consiste à entretenir les données et à s'assurer qu'elles circulent, qu'elles sont accessibles. L'autre partie renvoie à un rôle stratégique, qui vise à savoir quelles données il faudrait avoir, comment il faudrait les saisir, ce qu'il faudrait acquérir et ainsi de suite, autrement dit tous les aspects stratégiques envisagés pour rendre les données disponibles.

Quant à la partie opérationnelle, Statistique Canada ou l'ICIS pourrait s'en charger. Ils ont l'infrastructure nécessaire pour s'occuper de la partie opérationnelle du problème moyennant un financement adéquat.

Quant à la partie stratégique, par contre, j'aime penser qu'il y aurait un truc que j'appellerais pour moi-même la « table ronde nationale sur les données et l'infrastructure sociales », qui ressemblerait à la table ronde nationale sur l'économie et l'environnement. Cette table réunirait Statistique Canada, l'ICIS

and all the major stakeholders around the table who could make the decisions regarding the policy that would govern that resource. As for where it is housed and managed, it could go a number of places.

Dr. Millar: Was your question regarding local-level data in particular?

The Chair: It must have a local capability. In other words, if we cannot organize this initiative at the local level, it will fail because of the diversity of the country.

Dr. Millar: That is being done. I do not know if you have heard about it yet, but Newfoundland has had it in place for years. There is the community social accounts process.

The Chair: Believe me, we have heard about it in spades. We have Senator Cook and Senator Cochrane from Newfoundland.

Dr. Millar: That has been replicated in Nova Scotia and we are now doing the same thing in British Columbia. I do not have the details about those other provinces but in British Columbia, it is on a GIS, geographic information systems, platform and is supported by the premier.

We have all the so-called dirt ministry data. All the economic development data are on there. We are in the process of trying to move the social ministry data in there so we will have all of the health, income support, education data and so forth in there. It will have all of that stuff on there and, at the push of a button, you should be able to get whatever geography you want. The technology is there. That is being coordinated in British Columbia by a consortium led by BC Stats which we are involved in.

Certainly, it seems to be very doable at the provincial level. Given that many of the important databases we want in there are generated at the provincial level, that may be at least one answer to your question — namely, get it done at the provincial level and then, to some degree, you can roll it up nationally.

The Chair: I see Ms. Steenberg shaking her head.

Ms. Slotek: That is what I was getting at with my last recommendation. I would concur with Ms. Steenberg that we need to get people around the table and across the sector. That will inform what that might look like.

Dr. Millar: is right. It is happening, but it is not visible to all of us. If we put those people together across sectors, we could probably come up with an answer about where it needs to be vested.

Dr. Millar: is right. The strategic place and where it is vested is another matter. I am not so sure that Statistics Canada, given its significant role in data dissemination, can do the strategy development but it can develop the data that is required.

et tous les grands intervenants, qui pourraient alors prendre des décisions touchant la politique d'utilisation de la ressource en question. Quant à savoir où ce serait abrité et géré, il y a plusieurs choix possibles.

Dr. Millar : Votre question concernait-elle les données locales en particulier?

Le président : Il doit y avoir une capacité locale. Autrement dit, si nous n'arrivons pas à organiser ce projet à l'échelon local, il est condamné à l'échec, compte tenu de la diversité du pays.

Dr. Millar : Cela se fait déjà. Je ne sais pas si vous en avez déjà entendu parler, mais Terre-Neuve dirige un projet depuis des années. C'est le projet des comptes sociaux communautaires.

Le président : Croyez-moi, nous en avons entendu parler abondamment. Il y a le sénateur Cook et sénateur Cochrane qui nous viennent de Terre-Neuve.

Dr. Millar : L'expérience a été reproduite en Nouvelle-Écosse, et nous essayons maintenant la même chose en Colombie-Britannique. Je n'ai pas de précisions sur les autres provinces, mais, en Colombie-Britannique, ça tourne sur une plate-forme de SIG, de systèmes d'information géographiques, et le premier ministre a donné son appui.

Nous avons toutes les données provenant des ministères chargés des ressources naturelles. Toutes les données touchant le développement économique. Nous sommes en train d'y intégrer les données des ministères sociaux, de manière à regrouper l'ensemble des données sur la santé, le soutien du revenu, l'éducation et ainsi de suite. Tout cela s'y retrouvera et, en appuyant simplement sur un bouton, on devrait pouvoir obtenir le découpage géographique que l'on veut. La technologie existe. La coordination du projet en Colombie-Britannique est confiée à un regroupement dirigé par BC Stats où nous avons notre place.

Certes, ça semble tout à fait possible à l'échelle provinciale. Étant donné que nombre des bases de données importantes que nous souhaitons avoir sont générées à l'échelle provinciale, c'est là au moins une partie de la réponse à votre question — c'est-à-dire qu'on fait cela à l'échelon provincial puis, jusqu'à un certain point, on peut faire un cumul national.

Le président : Je vois Mme Steenberg qui fait signe de la tête...

Mme Slotek : C'est là où je voulais en venir avec ma dernière recommandation. Je suis d'accord avec Mme Steenberg : il nous faut des gens autour de la table, de tous les segments du secteur. C'est ce qui donnera forme au projet.

M. Millar: a raison. Ça se fait, mais nous ne le voyons pas tous. Si nous réunissions ces gens de l'ensemble des secteurs, nous arriverions probablement à une solution.

Le Dr Millar: a raison. L'endroit stratégique est choisi, le lieu qui abrite la chose, c'est une autre question. Je ne suis pas sûre que Statistique Canada, étant donné le rôle important qui lui revient du point de vue de la diffusion des données, puisse prendre en charge la conception de la stratégie, mais l'organisme peut concevoir les données voulues.

The folks at community accounts in Newfoundland are part of our Canadian Index of Wellbeing network. If we had a community accounts in every province in Canada, it would give us some good best practices at that level to ramp up to a national level. It is brilliant and well developed. They have ironed out many of the kinks. It is worth looking at and considering.

The Chair: We are doing a site visit to look at it. It will definitely make its way into our report.

Ms. Steenberg: It is not so much that it should not happen at the provincial level. Alton Hollett's model is wonderful but it is not happening at the provincial level.

The second difficulty is that, when you get down to the neighbourhood level, that data cannot be released. Statistics Canada has data at that level under licence. It only allows free access to data down to CSD, census subdivision, level. These are census geographies. You have the following: A CMA, which is a census metropolitan area, a large municipal area; a census division, which is a city, a specific municipality within that area; and a census subdivision, which is smaller than a city but could be a county. You then get down to an area called a «census tract,» which is, in some cases, as large as a neighbourhood but usually a bit larger. They tend to be stable geographies of about 50,000 persons; they are only available in the larger cities and you have subsequent smaller ones than that.

Statistics Canada makes some data available at the census tract level but if you are getting down to anything smaller than that, you must pay for it. It is under licence, and you can only share it with the people who share that licence with you.

Therefore, Alton Hollett's thing is fine but none of his communities are at the neighbourhood level. None of them are below the CSD level. That is one of the difficulties with that model. It is a wonderful model, but it will not serve the municipalities in the way that Mr. Frojmovic and I were speaking about.

Mr. Frojmovic: Things are happening in certain provinces, but if we are to wait for all 10 and the territories to come with a coherent system that we can all use locally, we will probably be waiting a long time.

We talked about the ability to use maps and start visualizing data at a neighbourhood or city-wide scale. It is a powerful and analytical tool. That kind of technology is accessible right now. You can have a single point of entry for the entire country where you can drill down to within a neighbourhood to a block, if you

Les gens du projet de comptes communautaires à Terre-Neuve font partie de notre réseau de l'indice canadien du mieux-être. S'il y avait des comptes communautaires dans chaque province du Canada, nous pourrions dégager des pratiques exemplaires de ce point de vue-là pour en arriver à l'échelle nationale. C'est brillant et c'est bien fait. Ils ont éliminé bon nombre des petits problèmes qui existent. Il vaut la peine d'envisager la chose.

Le président : Nous allons nous rendre sur place pour voir de quoi il retourne. Ça sera certainement un élément de notre rapport.

Mme Steenberg : Ce n'est pas tant que ça ne devrait pas se faire à l'échelle provinciale. Le modèle d'Alton Hollett est merveilleux, mais il n'est pas appliqué à l'échelle provinciale.

La deuxième difficulté réside dans le fait que les données ne peuvent être divulguées une fois qu'on est rendu à l'échelon du quartier. Statistique Canada dispose de données sous licence à cet échelon-là. Il est permis seulement de donner un libre accès aux données dont le but du découpage correspond à la SDR, la subdivision de recensement. Ce sont là les découpages géographiques du recensement. Voici : une RMR, c'est-à-dire une région métropolitaine de recensement, qui correspond à une grande zone municipale; un secteur de recensement, c'est-à-dire une ville, une municipalité particulière à l'intérieur de la zone en question; et une subdivision de recensement, qui est inférieure en taille à une ville, mais qui pourrait être un comté. Puis, il y a ce qu'on appelle un « secteur de recensement », c'est-à-dire, dans certains cas, une zone qui a la taille d'un quartier, mais qui est habituellement un peu plus grande. Cela a tendance à renvoyer à des découpages géographiques stables de zone comptant environ 50 000 personnes; il n'est possible de disposer de données à ce sujet que dans le cas des grandes villes. Puis, il y a plus petit encore après cela.

Statistique Canada rend disponibles certaines données à l'échelon du secteur de recensement, mais si vous voulez plus petit que cela, vous devez payer. Il faut une licence d'utilisation, et il est possible seulement d'échanger les informations avec ceux qui ont également la licence.

Le projet d'Alton Hollett est très bien, mais aucune de ces collectivités n'est de l'ordre du quartier. Aucune d'entre elles n'est inférieure en taille à la SDR. C'est une des difficultés que présente ce modèle. C'est un modèle merveilleux, mais il ne sera pas utile aux municipalités de la façon dont M. Frojmovic et moi en avons parlé.

M. Frojmovic : Il y a des choses qui se font dans certaines provinces, mais s'il faut attendre que les dix provinces et les territoires en arrivent à un système cohérent que nous pouvons tous utiliser localement, nous en avons probablement pour un bail.

Il a été question de la possibilité de recourir à des cartes et de commencer à visualiser des données à l'échelle du quartier ou de la ville entière. C'est un outil d'analyse puissant. La technologie qu'il faut à cet égard est d'ores et déjà accessible. Vous pouvez disposer d'un point d'entrée unique pour l'ensemble du pays qui,

want, with the data that comes out of the census. The census data exists and is available.

The Senate could acquire the entire geography for all of Canada, all the census data right down to the block level, put it into a mapping tool, which would not cost you much, and you would be able to sit on an incredibly powerful repository of data.

Moreover, if you could go to the 10 provinces, you could get their health data coming out of hospital admissions data: Why am I coming into the hospital, when am I being discharged, why am I being discharged? You have my postal code and street address and you can map that. Taking those two sets — namely, health data out of each of the 10 provinces and the census — and putting them into a single mapping portal, any one organization in Canada has the capability to build an incredibly powerful analytical tool tomorrow.

The issue is not about whether we have the technology and some of the tools. They are all there. We need someone to take the lead to force those together. That is all that is needed — namely, get the organizations to sit around the table and use the mapping and the health and social data. It is all there but it is a matter of someone taking the lead to pull it all together.

The Chair: We have only one hour left. I must stop here because the other senators want to interface with you.

Can CIHI do it? Can CIHI take the lead, namely, the population health initiative?

Ms. Steenberg: Yes, if it is prepared to pull around the table. It does not matter who does it as long as they have around the table the people who need to be there, which are the data users and providers.

The Chair: And expand what they are doing into the social services area?

Ms. Steenberg: That is right.

The Chair: Thank you.

Our next question will come from Senator Eggleton. For those of you who do not know, Senator Eggleton was mayor of Toronto for quite a long time. He never did get a tunnel built between the Royal York and the airport.

Senator Eggleton: You found that out last night, did you?

en mode descendant, vous permet d'aller jusqu'au quartier et même jusqu'aux pâtés de maisons, si vous le voulez, avec les données qui proviennent du recensement à ce sujet. Les données du recensement existent; elles sont disponibles.

Le Sénat pourrait se porter acquéreur du découpage géographique entier du Canada, de toutes les données de recensement jusqu'aux pâtés de maisons, intégrer cela à un outil de visualisation cartographique, qui ne vous coûterait pas cher, et vous seriez alors assis sur un répertoire de données d'une incroyable puissance.

Par ailleurs, si vous vous adressez aux dix provinces, vous pouvez obtenir leurs données sur la santé à partir des données sur les admissions dans les hôpitaux : pourquoi est-ce que je me rends à l'hôpital? À quel moment me donne-t-on congé? Pourquoi me donne-t-on congé? Vous avez mon code postal et mon adresse civique, et vous pouvez visualiser cela. Prenez les deux séries de données — c'est-à-dire les données sur la santé de chacune des dix provinces et les données du recensement — et intégrez-les à un seul et unique portail de visualisation : n'importe quel organisme au Canada dispose d'ores et déjà de la capacité de se donner un outil d'analyse d'une incroyable puissance demain matin.

Il ne s'agit pas de savoir si nous disposons de la technologie et de certains des outils de travail. Tout est là. Il faut que quelqu'un prenne le dossier en main pour faire converger les éléments. C'est tout ce qu'il faut — c'est-à-dire que des organismes se réunissent autour d'une table et utilisent la visualisation des cartes et les données sur la santé et données sociales. Tout est là, mais il faut que quelqu'un prenne les rênes de la situation et mette tous les ingrédients ensemble.

Le président : Il ne nous reste qu'une heure. Je dois m'arrêter là parce que les autres sénateurs veulent traiter avec vous.

Est-ce que l'ICIS peut le faire? L'ICIS peut-il prendre la situation en main, c'est-à-dire l'initiative sur la santé de la population?

Mme Steenberg : Oui, s'il est prêt à jouer un rôle rassembleur. Peu importe qui est chargé de la tâche, car il y a autour de la table les gens qu'il faut, c'est-à-dire les fournisseurs et les utilisateurs de données.

Le président : Et à étendre ces activités au secteur des services sociaux?

Mme Steenberg : Oui.

Le président : Merci.

La prochaine question nous vient du sénateur Eggleton. Pour ceux d'entre vous qui ne le savent pas, le sénateur Eggleton a été maire de Toronto pendant très longtemps. Par contre, il n'a jamais réussi à faire construire un tunnel entre le Royal York et l'aéroport.

Le sénateur Eggleton : Vous avez découvert cela hier soir, n'est-ce pas?

The Chair: He is the chairman of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. He is also doing a parallel study to ours on the cities. We frequently cross over into each other's hearings because we have so much in common.

Senator Eggleton: Thank you.

I want to explore a couple of things a bit more here. When we talk about data, Statistics Canada gets most of the attention and discussion. Dr. Millar, you said there are other sources but the problem is that there are barriers. How do we remove the barriers? How do we begin to deal with that?

Dr. Millar: That is a great question. People have been talking about that for some time. There is this tension between the public's drive for protecting their privacy and the system's need for access to the data.

When I was at CIHI, we had repeated conversations with Statistics Canada, with CIHR, Canadian Institutes of Health Research, and others about what the solution was. One was to first of all get an inventory. The inventory has been done, at least around health databases. We have an inventory.

The next step was always to somehow promote some public dialogue across the country so that people could understand what they were losing by that balance between if there is too much emphasis on privacy and not enough emphasis on access. That public dialogue has never taken place, and I believe that is something which may be needed to get some public support for loosening up these data.

Senator Eggleton: Mr. Frojmovic, I am interested in what you are doing for the Federation of Canadian Municipalities. You have been doing it now for 12 years and you have 22 municipalities. I note some of them are regional and some are local, which means they do not all necessarily have the same interests in terms of their jurisdictions. Maybe you can talk about how you overcome that.

However, I wonder what results you have produced for your clients. You have 22 municipalities signed up to this. What have you been able to produce in terms of outcomes dealing with the social determinants of health?

Mr. Frojmovic: In terms of outcomes, what the project is trying to do is twofold. There are two users and one is the Federation of Canadian Municipalities itself and how it interacts with the federal government and tries to convey clearly messages around certain needs, whether it is infrastructure or homelessness or housing, and being able to rely on empirical data.

Clearly, around that use, having access to data that gives you trends from 1991 to 2006, now for half of the population that has been effective. In terms of the outcomes, I guess that is a measure

Le président : Il est président du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Il effectue une étude parallèle à la nôtre, sur les villes. Nous allons souvent prendre part aux audiences de l'autre, moi et lui, étant donné que nous avons tant de choses en commun.

Le sénateur Eggleton : Merci.

Je veux explorer un peu quelques questions. Lorsque nous parlons de données, Statistique Canada reçoit la plus grande part de l'attention. La discussion porte sur cet organisme. Docteur Millar, vous dites qu'il existe d'autres sources de données, mais le problème, ce sont les obstacles. Comment pouvons-nous éliminer les obstacles? Par quoi commencer?

M. Millar : Voilà une excellente question. Les gens discutent de cela depuis un certain temps déjà. Il y a une tension entre le mouvement chez le public en faveur de la protection de sa vie privée et le besoin pour le système d'accéder aux données.

À l'époque où j'étais à l'ICIS, nous avons eu des discussions répétées avec Statistique Canada, avec les IRSC, les instituts de recherche en santé du Canada, et d'autres organismes à la recherche d'une solution. Une solution consistait à se donner, d'abord et avant tout, un répertoire. Or, le répertoire est chose faite, du moins pour les bases de données sur la santé. Nous avons un répertoire.

L'étape suivante consistait toujours à susciter d'une façon ou d'une autre au dialogue public dans l'ensemble du pays, de sorte que les gens puissent comprendre ce qu'ils perdaient du fait d'un dosage mal équilibré : d'une part, une trop grande insistance sur la vie privée et, d'autre part, une accessibilité négligée. Le dialogue public en question n'a jamais eu lieu, et il faudra peut-être que ça se fasse pour que le grand public se rallie à l'idée d'ouvrir l'accès à ces données.

Le sénateur Eggleton : Monsieur Frojmovic, votre travail pour la Fédération canadienne des municipalités m'intéresse. Vous y êtes depuis 12 ans maintenant, et vous comptez 22 municipalités qui participent au projet. Je note que certaines d'entre elles sont régionales et d'autres, locales, ce qui veut dire qu'elles n'ont pas forcément les mêmes intérêts. Vous pourriez lui dire ce que vous faites pour surmonter cet obstacle.

Tout de même, je me demande quels sont les résultats que vous avez obtenus au profit de vos clients. Vous avez 22 municipalités qui ont décidé d'adhérer au projet. Quels sont les résultats que vous êtes parvenu à produire en rapport avec les déterminants sociaux de la santé?

M. Frojmovic : Pour ce qui est des résultats, le projet comporte deux buts. Il y a deux utilisateurs, dont la Fédération canadienne des municipalités elles-mêmes, et il faut tenir compte de son interaction avec le gouvernement fédéral et essayer de véhiculer des messages clairs à propos des besoins qui existent, qu'il s'agisse d'infrastructure ou d'itinérance ou de logement, et il faut pouvoir compter sur des données empiriques.

Indubitablement, le fait d'avoir accès aux données vous permet de dégager les tendances pour la période qui s'est écoulée entre 1991 et 2006, travail qui s'est révélé efficace pour ce qui est de la

of how effective FCM has been in working with the federal government to accomplish those objectives. The other user would be those 22 municipalities, and it is a mix of municipal types.

For those who are familiar with the world of municipal government, there are cities like Vancouver, which is half a million people but operating in a Greater Vancouver Area, which is substantially larger. You have regional municipalities like Niagara, which actually is responsible for 12 lower-tier municipalities. They do have different interests, but their interests converge around the fact that they do represent relatively local sub-provincial needs. Their use of these data, other than simply encouraging FCM to represent their own interests, is simply to bring it in-house.

I have had anecdotes from municipal staff saying we are able to talk to our councillors about homelessness in a way that was based on these actual numbers, both for their own community but also putting their community in the context of all these other cities. When the Halifax regional municipality council is hearing about what is going on in Halifax and then comparing that to places like Calgary or Edmonton or Hamilton, the reaction, I was told, was quite different from the usual stories about homelessness.

The example of homelessness is interesting because there is a federal government initiative to measure homelessness by looking at emergency shelters across the country and collecting data. It is called homeless individuals and families information system, HIFIS.

It has been struggling to work with these thousands of shelters to collect administrative data. What FCM does is work with municipal governments that have a working relationship with a lot of the shelters and have a reporting relationship with them, and are able to report at a relatively simple level of what is going on in the emergency shelter system for that community.

The outcome is trying to understand in empirical terms what is actually occurring at a municipal level when a lot of the data out there is not talking about municipal government. They are talking about CMA or a province. It has been helpful at that level. It is one of the tangible products. Annually, there was some kind of thematic report. There have been five to date over the last four years. The most recent one was on housing and homelessness. These reports try to pull out the key issues and trends that affect urban municipal governments, and compare each to what is going on within that community of urban municipal governments and also how it compares to the rest of Canada. The next one planned for release in the fall will deal with immigration.

moitié de la population. Du point de vue des résultats, j'imagine qu'il faut savoir dans quelle mesure la FCM a su travailler efficacement avec le gouvernement fédéral à accomplir ces objectifs-là. L'autre utilisateur, ce sont les 22 municipalités, et il y en a plusieurs types.

Pour ceux parmi vous qui connaissent bien le monde des municipalités, il y a des villes comme Vancouver, qui comptent un demi-million d'habitants, mais qui évoluent dans le Grand Vancouver, qui est nettement plus vaste. Il y a des municipalités régionales comme Niagara, qui regroupent en fait 12 municipalités de moindre envergure. Certes, elles présentent des intérêts divergents, mais leurs intérêts convergent autour du fait qu'elles présentent des besoins infraprovinciaux relativement locaux. L'utilisation qu'elles font de ces données, outre le fait de simplement encourager la FCM à défendre leurs intérêts, c'est simplement de les intégrer.

Il y a des employés municipaux qui m'ont raconté qu'ils sont en mesure de discuter avec leurs conseillers de la question de l'itinérance en faisant référence à ces données-là, à la fois pour leur collectivité à eux, mais aussi pour situer leur collectivité par rapport aux autres villes en question. Lorsque le conseil de la municipalité régionale d'Halifax entend dire ce qui se passe à Halifax puis compare cela à ce qui se produit à Calgary ou à Edmonton ou encore à Hamilton, la réaction, m'a-t-on dit, diffère nettement de celle que suscitent habituellement les histoires d'itinérance.

La question de l'itinérance représente un exemple intéressant, étant donné qu'il y a une nouvelle initiative fédérale visant à déterminer l'ampleur de l'itinérance en regardant les refuges qui existent partout au pays et en réunissant des données. C'est le système d'information sur les personnes et les familles sans abri, le SISA.

Les responsables du système se débattent avec la tâche de réunir les données administratives voulues auprès de ces milliers de refuges. La FCM, quant à elle, travaille auprès des administrations municipales qui collaborent avec bon nombre des refuges en question et ont droit à des comptes de leur part, et sont en mesure de signaler dans un contexte relativement simple ce qui se passe dans le réseau des refuges pour la collectivité en question.

Le résultat, c'est d'essayer de comprendre en termes empiriques ce qui se passe vraiment à l'échelle municipale dans la mesure où les données existantes évoquent rarement les administrations municipales. C'est d'une RMR ou d'une province qu'il est question. Cela s'est révélé utile de se point de vue-là. C'est un des produits concrets. Tous les ans, il y a une sorte de rapport thématique qui est produit. Il y en a eu cinq jusqu'à maintenant, au cours des quatre dernières années. Le plus récent porte sur la question du logement et de l'itinérance. Les rapports en question visent à relever les questions et les tendances principales qui touchent les administrations municipales en milieu urbain et à établir des comparaisons entre ce qui se fait dans le milieu des municipalités urbaines et le reste du Canada. Le prochain rapport, qui doit être publié à l'automne, portera sur l'immigration.

To answer your question, it just brings some empirical evidence to otherwise fuzzy discussions and enlightens council in some cases, and offers the Federation of Canadian Municipalities some data to work with their federal government counterparts.

Senator Eggleton: You would bring Statistics Canada data in, but you would also bring in data that you get from the municipalities.

Mr. Frojmovic: Right.

Senator Eggleton: You have a rather unique blend in doing your studies.

Mr. Frojmovic: Yes. We are relying on, in this case, an on-line municipal data collection tool as we call it, and the challenge is, because municipalities collect data in 10 different provinces, they are each mandated to do different things. They will define any number of things wildly differently. We have to work with the lowest common denominator, in effect. Using the recreation example, in Regina, if you want to understand how much it costs a family of four to get access to municipal recreation facilities for a year, some cities do not have one-year memberships, others do. Some have access to all facilities. Others have access only to swimming pools. You have to come up with a common denominator for measuring quality of life or determinants of health for that matter. That is whether it is recreation or homelessness or a wide suite of things.

Senator Eggleton: Do you look at neighbourhoods, too?

Mr. Frojmovic: The Federation of Canadian Municipalities does not, but we have had ample discussion going with the CSDS about how straightforward it would be in many cases to roll out the same indicators at the neighbourhood level using maps, of course. The capacity is there. Many individual municipalities do independently of this project, Toronto being on of them. Toronto is a wonderful partner.

Senator Eggleton: When you are looking at poverty, housing and homelessness, those kinds of issues, I think that is helpful.

Senator Cochrane: I do not know if I have a question, but we have heard a lot about collecting data and not enough data, and Statistics Canada's problem and so on. There must be a solution. We know we have problems coordinating everything but, Michel, maybe you do have the solution. Would you elaborate more on what you were saying about this solution in regards to consultation with municipalities, with provinces, with the feds, whatever?

Pour répondre à votre question, il s'agit simplement d'alimenter en données empiriques des discussions qui seraient autrement floues et d'éclairer le conseil sur certains cas relevés, et d'offrir à la Fédération canadienne des municipalités certaines données qu'elle peut mettre à contribution en collaborant avec ses homologues au gouvernement fédéral.

Le sénateur Eggleton : Vous intégreriez les données de Statistique Canada, mais aussi les données que vous obtenez des municipalités.

M. Frojmovic : C'est cela.

Le sénateur Eggleton : Vos études font voir une combinaison plutôt unique.

M. Frojmovic : Oui. Dans le cas qui nous occupe, nous utilisons un outil de collecte de données municipales en direct, c'est comme ça que nous l'appelons, et la difficulté réside dans le fait que les municipalités ont chacune pour mandat quelque chose de différent, étant donné qu'elles rassemblent des données dans dix provinces différentes. Il y a toutes sortes de choses qu'elles définiront de façon radicalement différente d'un cas à l'autre. De fait, nous devons travailler à partir du plus faible dénominateur commun. Pour prendre l'exemple des loisirs, à Regina, si vous voulez savoir ce qu'il en coûte à une famille de quatre personnes d'avoir accès aux installations municipales prévues pour les loisirs pendant une année, il faut savoir d'abord que certaines villes n'offrent pas la possibilité d'adhérer aux services de loisirs pendant un an. D'autres le font. Dans certains cas, les gens ont accès à toutes les installations. Dans d'autres, c'est seulement l'accès aux piscines qui est accordé. Vous devez alors trouver un dénominateur commun pour mesurer la qualité de vie ou les déterminants de la santé, si vous voulez. Cela s'applique, qu'il s'agisse de loisirs ou d'itinérance, d'une panoplie de mesures.

Le sénateur Eggleton : Regardez-vous aussi les quartiers?

M. Frojmovic : La Fédération canadienne des municipalités ne se penche pas sur les quartiers, mais nous avons déjà amplement discuté de la question avec les responsables de la SACASS : il serait simple, dans de nombreux cas, d'appliquer les mêmes indicateurs à l'échelon du quartier au moyen de cartes de visualisation, bien entendu. Les moyens de le faire existent. De nombreuses municipalités le font indépendamment du projet dont il est question, y compris Toronto. Toronto est un merveilleux partenaire.

Le sénateur Eggleton : Lorsqu'on étudie la pauvreté, le logement et l'itinérance, les questions de ce genre, je crois que c'est utile.

Le sénateur Cochrane : Je ne sais pas si j'ai une question à poser, mais nous avons beaucoup entendu parler de collecte de données et d'insuffisance des données, du problème de Statistique Canada et ainsi de suite. Il doit bien y avoir une solution. Nous savons que la coordination des tâches pose des difficultés, mais, Michel, peut-être avez-vous bien la solution. Pouvez-vous nous donner des précisions sur ce que vous disiez à propos de cette solution en ce qui concerne la consultation des municipalités, des provinces, de l'administration fédérale, et je ne sais quoi encore?

Mr. Frojmovic: I am glad you think I have the solution.

We talk regularly about these issues. The point I was making was that the technologies for things like producing a map showing every single neighbourhood in Canada, are terribly accessible. They are not expensive. You can grab any student off the street and they will know exactly how to use it if they come out of a geography department. The data needed to put into those mapping tools are collected religiously by organizations like Statistics Canada every five years. We have health data collected daily. There are all sorts of systems in place among regional health authorities across the country and among provincial ministries of health about how those should be collected.

The data is out there, the tools to analyze the data are out there as well, but clearly it is not all coming together. Issues of cost are one, issues of privacy would be another, and there are simply issues of trying to break down silos.

The one limitation of bringing in an organization like CIHI for those on the social side of things is that CIHI has not been designed to communicate with us on that side of the fence. They would need an entity to push them along. At that level, the federal government plays that kind of a role. I do not have the answer but so many of the tools and systems are out there waiting to be used.

Senator Cochrane: Could Statistics Canada do that?

Mr. Frojmovic: Not on its own. It could not play the lead role in the current configuration of things.

Senator Cochrane: I know where you are coming from. It is a government department.

Mr. Frojmovic: It is not because it is a government department.

Senator Cochrane: No, but some may think so. There are restrictions on employees with government and so on, but someone must take the bull by the horns and do it.

Mr. Frojmovic: It will not do that. It is not designed, at this point, to take that bull by the horns.

Senator Cochrane: Does anyone have another suggestion?

Dr. Millar: In reality, in our lifetimes we will probably never collect population health data at the local level in areas in which we are vitally interested, such as how many people are smoking, whether people are getting enough exercise, and information about their nutrition, weight, BMI, body mass index, et cetera. That data is hard to get. We rely on surveys for that and survey technology is demanding. To get accurate data down to very small geographies is getting increasingly more difficult, because you must phone people or visit them to talk to them. People just use

M. Frojmovic : Je suis heureux de savoir que vous croyez que j'ai la solution.

Nous discutons régulièrement de ces questions-là. Ce que je voulais faire valoir, c'est que les techniques nécessaires pour faire certaines choses, produire une carte où figure chacun des quartiers au Canada, sont terriblement accessibles. Elles ne sont pas coûteuses. N'importe quel étudiant que vous irez chercher dans la rue sait exactement comment s'en servir s'il a étudié dans un département de géographie. Les organismes — par exemple Statistique Canada, tous les cinq ans — recueillent religieusement les données nécessaires à ces outils de visualisation. Les données sur la santé sont recueillies quotidiennement. Il y a toutes sortes de systèmes en place au sein des administrations régionales de la santé dans tout le pays et au sein des ministères provinciaux de la santé si vous voulez savoir comment il faudrait réunir ces données-là.

Les données existent, les outils d'analyse des données existent aussi, mais il est clair que l'ensemble ne prend pas forme. Il y a des problèmes en ce qui concerne les coûts, des problèmes touchant la protection des renseignements personnels aussi, et, de même, il faut simplement essayer d'abattre les silos.

La limite que comporte l'entrée en scène d'une organisation comme l'ICIS, pour ceux qui s'intéressent aux affaires sociales, c'est que l'ICIS n'est pas conçu pour communiquer avec nous de ce côté-là de la clôture. Il faudrait une entité pour le guider. À cette échelle-là, le gouvernement fédéral joue un rôle de ce genre. Je n'ai pas la réponse à la question, mais il y a tant d'outils et de systèmes qui existent, qui attendent d'être utilisés.

Le sénateur Cochrane : Est-ce que Statistique Canada pourrait se charger de cette tâche-là?

M. Frojmovic : Pas à lui seul. Il ne pourrait tenir lieu de premier responsable, dans l'état actuel des choses.

Le sénateur Cochrane : Je vois où vous voulez en venir. C'est un organisme gouvernemental.

M. Frojmovic : Ce n'est pas parce qu'il s'agit d'un organisme gouvernemental.

Le sénateur Cochrane : Non, mais certains auront peut-être cette idée. Les employés au gouvernement sont soumis à des restrictions, par exemple, mais quelqu'un doit prendre le taureau par les cornes et agir.

M. Frojmovic : Statistique Canada ne fera pas cela. Dans l'état actuel des choses, il n'est pas équipé pour prendre le taureau par les cornes.

Le sénateur Cochrane : Avez-vous une autre proposition?

M. Millar : En réalité, de notre vivant, nous n'allons probablement jamais recueillir des données sur la santé à l'échelon local en rapport avec les questions qui nous intéressent au plus haut point : combien de gens fument? Est-ce que les gens font suffisamment d'exercice? Qu'en est-il de la nutrition, du poids, de l'IMC, l'indice de masse corporelle et ainsi de suite? Il est difficile d'obtenir ces données-là. Nous nous fions à des enquêtes pour cela. Or, la technologie des enquêtes est exigeante. Obtenir des données exactes sur des zones géographiques de très

cell phones now and those numbers are not in data banks. Many people do not answer the phone or will not participate in a survey anymore.

We are at a point of acknowledging that, for survey-type data, we will probably not get much below a local health authority level, which is a rather large geography. There are some realistic constraints on how much data you can get in certain areas.

Ms. Steenberg: I would like to make three points in response to Senator Eggleton's question and in response to your question, Senator Cochrane.

The first question is why it is not being done. We know the data exists. There are a couple of reasons. One is a technical issue of compatibility. Since everyone is collecting in their own way and they are not talking to each other, the data simply is not comparable across jurisdictions. They are collecting the same data, but they may be doing it slightly differently, so you simply cannot consolidate. That is a practical issue and is not the most difficult in and of itself.

The second issue is ownership, and this applies not only to the community and research sector but also within government departments. Indicators are big business right now. Everyone has indicators. They are a hot topic. Everyone's budget depends on having an indicator project and they are not all that keen on sharing.

CIHI is currently developing its portal. HRSDC, Human Resources and Social Development Canada, is developing a similar portal. Neither of them currently has anyone from the community on their development team or their committee. We know the committees exist and we have suggested it is important that they have input. However, that is the reality.

Another rich source of data is administrative data, to which Dr. Millar and others have alluded. The Canada Revenue Agency, CRA, has an amazing amount of data that can be disaggregated down to the household. They have all sorts of data about where you work and what you do.

I believe you have spoken to Michael Wolfson from Statistics Canada who said StatsCan could function as the Swiss bank of that kind of data. They could do the organizing, rationalizing and all of that. They cannot take the lead for reasons that Michel has suggested.

Finally, I will go back to data at the neighbourhood level. Part of the problem is that we do not understand the data sources in the same way. You have the census data that allows you to do

petites tailles devient de plus en plus difficile, étant donné qu'il faut téléphoner aux gens ou leur rendre visite pour leur parler. Les gens aujourd'hui utilisent simplement un téléphone cellulaire dont le numéro ne figure pas dans les banques de données. Les gens sont nombreux à ne pas répondre au téléphone ou à ne pas vouloir participer à une enquête.

Nous en sommes au point où il faut reconnaître que, pour les données du type que l'on obtient grâce à une enquête, nous n'allons probablement pas pouvoir aller en deçà de la zone de l'administration locale de la santé, qui est plutôt vaste. La quantité de données qu'il est possible d'obtenir dans certains cas est soumise à des contraintes bien réelles.

Mme Steenberg : J'aimerais dire trois choses en réaction à la question du sénateur Eggleton et en réaction à votre question à vous, sénateur Cochrane.

La première question vise à savoir pourquoi ces choses-là ne se font pas. Nous savons que les données existent. Il y a quelques raisons à cela. Il y a une question technique, celle de la compatibilité. Comme chacun réunit des données à sa façon et que les gens ne se parlent pas entre eux, les données ne sont tout simplement pas comparables d'un territoire à l'autre. Les gens réunissent les mêmes données, mais ils le font peut-être un peu différemment, de sorte qu'on ne peut simplement procéder à une consolidation. Voilà la question pratique, qui n'est pas en elle-même la plus difficile à résoudre.

La deuxième question, c'est celle de la propriété, et cela s'applique non seulement à la collectivité et au secteur de la recherche, mais aussi aux organismes gouvernementaux. Les indicateurs font foi de tout en ce moment. Tout le monde a ses indicateurs. Ils ont la cote. Le budget de chacun dépend d'un projet d'indicateur. Les gens ne sont pas chauds à l'idée de partager à ce sujet.

L'ICIS travaille en ce moment à son portail. RHSDC, Ressources humaines et développement social Canada, est à concevoir un portail semblable. Ni l'un ni l'autre ne compte actuellement au sein de son comité ou de son équipe de concepteurs, quelqu'un qui provient de la collectivité elle-même. Nous savons que ces comités-là existent et nous avons donné à entendre qu'il importe que les gens de la collectivité aient leur mot à dire. Quoi qu'il en soit, c'est comme cela.

C'est riche aussi du côté des données administratives, ce à quoi le Dr Millar et d'autres ont fait allusion. L'Agence du revenu du Canada, l'ARC, possède une quantité incroyable de données qu'il est possible de segmenter, jusqu'au ménage. Elle possède toutes sortes de données qui nous disent où vous travaillez et ce que vous faites.

Je crois que vous avez parlé à Michael Wolfson, de Statistique Canada, qui a dit que son organisme pourrait tenir lieu de banque suisse pour ce genre de données-là. Il pourrait l'organiser, le rationaliser, tout cela. Cependant, il ne peut mener la charge pour les raisons que Michel a évoquées.

Enfin, je vais revenir à la question des données à l'échelon du quartier. Le problème réside en partie dans le fait que nous ne comprenons pas les sources de données de la même façon. Il y a

demographic profiles down to the neighbourhood level. At the same time, Ontario has recently put in place a large educational database that has data on students down to the individual student level, and the progress of every student is marked in that new database, which is still coming online, and will have all the characteristics of that student's development and progress.

You can take that, which is obviously disaggregateable to the neighbourhood level, look at your neighbourhood profile, look at the school performance of children at different age groups, and see how they correlate. Are there issues? Do similar types of profiles produce similar types of school readiness and school performance? We know that is what the early development index tool is doing. It is trying to measure school readiness and compare that with neighbourhood effects.

As I think we have all said, the data is out there. There are all sorts of people who could do it. It just needs the political will, and the political will has been lacking to stand up and say that we must have a national data strategy that gives every department and every government a place to hang its data initiatives, and to say that this is what it will have to do.

Ms. Slotek: We have spent a lot of time emphasizing what is not there by way of data. We are also saying there is a myriad of data. One might ask: So what? Why would you keep doing it? Ultimately, you have to move away from the data and think about national goals and what the end game is. Do we care about poverty? If we do, we set some goals and outcomes around what we do about it, and then set a course to gather the data.

Through the consortium, we have been talking about being strategic about what we ask for. It cannot be a wish list. We could have 25 different indicators we want to look at but, at the end of the day, we need to get together around a cross-sectoral round table to determine what the end game is, why we are gathering the information, and what tangible benchmarks are there to meet goals and objectives. The data informs that so that we can produce solutions.

You have to step away from the data first and then think about overall national goals. Without those overall national goals and objectives, we do not really have an end game. We do not have a sense of direction or a sense of vision.

That is disturbing at many levels. Canadians get this. You say in your *Issues and Options* paper that people do not understand social determinants of health. They do understand social determinants of health. They may not know where to get the data, but they can tell you in lay language what they think, and

les données du recensement, qui permettent d'établir un profil démographique, jusqu'à l'échelon du quartier. En même temps, l'Ontario a mis en place une grande base de données éducatives qui renferme des informations sur les étudiants jusqu'au niveau individuel. La progression de tous les étudiants figure maintenant dans cette nouvelle base de données, qui est encore à être mise en place et qui présentera toutes les caractéristiques du développement et de la progression de l'étudiant en question.

Vous pouvez prendre ces données-là qu'il est évidemment possible de ventiler jusqu'à l'échelon du quartier, regarder ce à quoi ressemble le profil de votre quartier, regarder le rendement des étudiants à l'école selon le groupe d'âge et établir des corrélations. Y a-t-il des questions qu'il faut creuser? Est-ce que des profils semblables débouchent sur un état de préparation semblable aux études et à un rendement semblable à l'école même? Nous savons ce qu'accomplit l'indice de développement précoce. Il s'agit de mesurer l'état de préparation aux études et de regarder les effets de voisinage aux fins d'une comparaison.

Comme je crois l'avoir déjà dit, les données existent. Il y a toutes sortes de gens qui pourraient se charger de la tâche. Il faut seulement qu'il y ait une volonté politique, et c'est la volonté politique qui a manqué jusqu'à maintenant, la volonté de se lever et d'affirmer qu'il nous faut une stratégie nationale relative aux données qui servira de pierre de touche aux projets de données de chaque ministère et de chaque administration gouvernementale, et d'affirmer : c'est cela qu'il nous faut.

Mme Slotek : Nous avons passé beaucoup de temps à souligner ce qui n'existe pas du côté des données. Nous disons également qu'il existe une myriade de données. On peut se poser la question : et puis après? Pourquoi continuer? À un moment donné, il faut s'éloigner des données et réfléchir à des objectifs nationaux et aux buts ultimes de l'affaire. Nous soucions-nous du fait qu'il y ait de la pauvreté? Si c'est le cas, il faut établir des buts et des résultats à atteindre en rapport avec les mesures envisagées, puis s'aligner sur la collecte de données qui s'imposent.

Par le truchement du consortium, nous avons discuté des demandes que nous voulons présenter d'un point de vue stratégique. Il ne faut pas faire une liste d'épicerie. Il y a 25 indicateurs différents que nous pourrions envisager, mais, à un moment donné, nous devons nous réunir à une table ronde intersectorielle pour déterminer quel est le but ultime de l'affaire, pourquoi nous rassemblons des informations et quels sont les repères concrets qui nous permettraient d'atteindre les buts et les objectifs fixés. Les données viennent éclairer le chemin pour que nous puissions concevoir des solutions.

Il faut d'abord prendre ses distances des données, puis réfléchir à des objectifs nationaux d'ordre général. En l'absence de buts et d'objectifs nationaux d'ordre général, nous n'avons pas vraiment de but ultime. Il n'y a pas d'orientation, de vision sur laquelle nous pouvons vous guider.

Cela est troublant sous plusieurs aspects. Les Canadiens comprennent cela. Vous dites dans votre document — *Enjeux et options* — que les gens ne comprennent pas ce que sont les déterminants sociaux de la santé. Au contraire, ils comprennent bien ce que sont les déterminants sociaux de la santé. Ils ne savent

they do talk about vision. They talk about national goals and national objectives and about cross-sectoral engagement because they are doing it in their local communities. They see it as a best practice that can be done horizontally and vertically in Canada. It is possible.

Mr. Frojmovic: On the notion of a solution, there is a great one although you will make a lot of enemies implementing it.

We are sitting on reams of data and the technology is accessible. Local community associations or residents' associations could set up a little portal in whatever office they are using and could have access to all the data and mapping tools they need.

As an example, in the U.S., banks were mandated to invest in local community development. Banks were not particularly keen to do that and they were not doing it prior, but they had access to lots of assets and were mandated to do that. Forcing organizations to make data available would certainly free up some data sets.

There is one other set of data I have been curious about but have not pursued. You mentioned the difficulty of looking at smoking patterns at a microscopic neighbourhood level. I imagine that the tobacco industry, with their data, might have the best handle on who is smoking where in Canada. Banks and insurance companies know a lot of stuff about what is happening with social determinants of health at a neighbourhood level, or perhaps lower.

There is no incentive in place for any private institution to make data available to those who need it. They have their mandates. They do what they are required to do with their shareholders and other constituents, but a mandate would be required for sharing. You could mandate the provincial authorities, the national government departments and the private sector entities, all of which have data, to report on the social determinants of health at the local level. You could empower a network of 10,000 community associations to look at what is going on in their neighbourhoods and to harass their city councillors, MPPs and MPs to do something about it. It is all doable, but it does require a mandated direction, a requirement to go forth and share.

The Chair: Thank you. I do not want to distract you from the subject, but I want to talk about the idea of getting the private sector turned on about the cost of not doing something about the social determinants of health.

In other words, the private sector has to deal with unhealthy employees who are costing them a lot of money and so forth because they are not productive.

peut-être pas où aller chercher les données, mais ils peuvent vous dire en termes simples ce qu'ils pensent, et ils parlent bel et bien de vision. Ils parlent de buts nationaux et d'objectifs nationaux et d'engagements intersectoriels, étant donné que c'est ce qu'ils font déjà au sein de leur collectivité locale. Ils y voient une pratique exemplaire à laquelle il est possible de recourir horizontalement et verticalement au Canada. Cela est possible.

M. Frojmovic : À propos de la notion de solution, il en existe une qui est excellente, mais vous allez vous créer beaucoup d'ennemis à la mettre en place.

Nous sommes assis sur des trésors de données, et la technologie pour les exploiter est accessible. Les associations de résidents ou associations communautaires locales pourraient se donner un petit portail là où se trouvent leurs locaux. Ils pourraient avoir accès à toutes les données et à tous les outils de visualisation qu'il leur faut.

À titre d'exemple, aux États-Unis, les banques ont pour mandat d'investir dans le développement communautaire local. Les banques n'étaient pas particulièrement chaudes à l'idée. C'est le genre d'investissements qu'elles ne faisaient pas avant, mais elles ont eu accès à toutes sortes d'atouts et ont reçu pour mandat de faire cela. Le fait de forcer les organisations à mettre des données à la disposition des gens libérerait certainement certaines séries de données.

Il y a une autre série de données qui piquent ma curiosité depuis un certain temps, mais je n'ai pas approfondi la question. Vous avez parlé de la difficulté que l'on éprouve si on souhaite dégager les tendances de tabagisme à l'échelon microscopique du quartier. J'imagine que l'industrie du tabac, avec les données dont elle dispose, serait la mieux choisie pour déterminer qui fume quoi au Canada. Les banques et les compagnies d'assurances en savent beaucoup sur ce qui se passe en rapport avec les déterminants sociaux de la santé à l'échelon du quartier et peut-être de zones de plus petite taille encore.

Aucun établissement privé n'est incité de quelque façon que ce soit à mettre ces données à la disposition de ceux qui en auraient besoin. Ils ont leur mandat. Ils font ce qu'il faut au nom de leurs actionnaires et autres commettants, mais il faudrait un mandat pour qu'il y ait échange de données. On pourrait donner pour mandat aux autorités provinciales, aux ministères nationaux et aux entités du secteur privé, qui possèdent tous des données, de faire rapport sur les déterminants sociaux de la santé à l'échelon local. On pourrait créer un réseau de 10 000 associations communautaires qui surveilleraient ce qui se passe dans leurs quartiers et qui harcèleraient les conseillers municipaux et les députés tant provinciaux et fédéraux pour qu'ils agissent. Tout cela est faisable, mais il faudrait établir l'orientation par mandat, en faire une exigence : allez et multipliez les échanges.

Le président : Merci. Je ne veux pas vous éloigner du sujet, mais je voudrais parler de l'idée de faire comprendre au secteur privé ce que cela coûte de ne rien faire à propos des déterminants sociaux de la santé.

Autrement dit, le secteur privé doit composer avec des employés en mauvaise santé qui leur coûtent beaucoup d'argent et ainsi de suite, parce qu'ils ne sont pas productifs.

I do not want to lead you astray. Maybe we can get you back another day and you can think about that.

Mr. Frojmovic: I wake up in the middle of the night worrying about these things.

Senator Trenholme Counsell: Thank you for a stimulating presentation. I will ask about early childhood development. I always underline where it is mentioned, and it is certainly mentioned frequently in these presentations.

Since I raised my hand, a number of concepts have come up — national round table, national data strategy and national goals. Each one of those rang strongly in my ear. Those are good things. I will not ask about those, but I think it is important that you have raised what I call key national features of what is necessary in terms of data and population health.

Often, we think we can look to another country as an example from which we can learn, perhaps visit, and model ourselves after. I do not think I heard today about a country that is perhaps doing a lot better than Canada — maybe nobody is.

I wondered about that, whether there are outstanding examples of the management and coordination of data and putting it to use. To me, it is all about putting data into action. It is no good unless you put the data into action at all levels. I will ask you to comment on what I have said.

I worked in public health for six years altogether — three in New Brunswick and three in Ontario. I have quite a good understanding of how public health works. Public health and population health are really the same.

You are talking a lot about getting this national data from the census data and other measurements down to individual communities. There is merit in that but I think you need leadership at your federal and provincial levels, and then mayors and councils and so on will identify how they can put this into use. I was thinking about local medical officers of health and public health nurses and social workers and so on in this context, because really they are the people who do it.

Toronto probably was quite different under His Worship's leadership. Really, I know what town and city councils have to deal with. A lot of this really comes down to your medical health officers, public health nurses, social workers and all these wonderful people.

I thought that probably, rather than putting this right down at a community level in terms of action, you have to have the federal and then the provincial governments recognizing that

Je ne veux pas vous écarter du chemin tracé. Peut-être pouvons-nous vous inviter à nouveau. Entre-temps, vous pourriez y réfléchir.

M. Frojmovic : Je me réveille au milieu de la nuit pour m'inquiéter de ces choses-là.

Le sénateur Trenholme Counsell : Merci d'avoir présenté un exposé stimulant. Je vais poser des questions sur le développement de la petite enfance. Je souligne toujours les cas où c'est mentionné. C'est certainement mentionné souvent dans les exposés que nous avons entendus.

Depuis que j'ai levé la main, il y a un certain nombre de concepts qui ont été soulevés — table ronde nationale, stratégie nationale relative aux données et buts nationaux. Chacun d'entre eux me touche, mais vraiment. Ce sont de bonnes choses. Je ne poserai pas de questions à leur sujet, mais je crois qu'il importe que vous ayez soulevé ce que je qualifie de caractéristiques nationales clés, ce qui est nécessaire en fait de données et de santé de la population.

Souvent, nous croyons pouvoir aller chercher des enseignements dans un autre pays, peut-être en s'y rendant, et en faire un modèle. Je ne crois pas avoir entendu parler aujourd'hui d'un pays qui s'en tirerait peut-être mieux que le Canada sur ce point — peut-être qu'il n'y en a pas.

Je me posais la question. Y a-t-il des exemples exceptionnels de gestion et de coordination des données, de mise à contribution des données? À mes yeux, l'essentiel de tout cela, c'est de passer des données aux actes. Ça n'est pas utile si les données ne viennent pas appuyer une action concrète à tous les niveaux. Je vous demanderais de vous prononcer sur ce que j'ai dit.

J'ai travaillé en santé publique pendant six ans, en tout — trois au Nouveau-Brunswick et trois en Ontario. Je possède une assez bonne connaissance des rouages de la santé publique. La santé publique et la santé des populations, en vérité, c'est la même chose.

Vous avez beaucoup parlé de l'idée de créer ces données nationales à partir des données du recensement et d'autres mesures, jusqu'à l'échelon des collectivités particulières. L'idée du mérite, mais je crois que vous avez besoin de leadership à l'échelle fédérale et à l'échelle des provinces, puis les maires et les conseillers municipaux, entre autres, détermineront en quoi ils peuvent utiliser les données en question. Je réfléchissais au travail des médecins hygiénistes et infirmières en santé publique et travailleurs sociaux et ainsi de suite dans le contexte, étant donné que ce sont vraiment eux qui s'occupent de cette affaire-là.

C'était probablement très différent à Toronto sous le règne de Son Honneur. Non, mais vraiment, je sais ce avec quoi les villes et les conseillers municipaux doivent se débattre. Pour une grande part, tout cela nous ramène au travail de nos médecins hygiénistes, de nos infirmières en santé publique, de nos travailleurs sociaux et de tous ces gens merveilleux.

Il m'est apparu que, probablement, plutôt que de situer cela à l'échelon communautaire tout à fait, quant aux mesures envisagées, il faut que le gouvernement fédéral et puis ensuite

communities would be encouraged to do certain things, take up certain measures. I saw it more as a federal and provincial responsibility involving the structures I have mentioned.

I do not know whether there is any question in all of that, but perhaps you would comment.

Ms. Steenberg: If I understood part of what you were saying, it had to do with the significance of the needs of regional officers of health for these kinds of data.

Senator Trenholme Counsell: Yes.

Ms. Steenberg: As Ms. Slotek and Mr. Frojmovic mentioned, there are a number of networks out there, such as social data user networks or social health data networks, and they are all starting to come together. There is a network called the urban public health network. I am sure you are familiar with this. It is led by Dr. Cory Neudorf, who I think is chair of one of the Public Health Agency of Canada councils.

This urban public health network is doing exactly that. It is a network of regional medical officers of health. They are doing two things — encouraging the production, acquisition and dissemination of more data at the local level, and they are also trying to produce some core indicators around tracking public health. Social determinants of health and public health, as you say, are the same thing.

That network does exist, and certainly we are all working to the same ends. I am sure if Dr. Neudorf were here he would be saying many of the things we are.

As we were talking prior to getting our presentations ready, one of the people on our call was Dr. David Strong, who is part of Cory Neudorf's network. He works at the Calgary Health Region. He was helpful in terms of informing our discussions and in bringing forward some of those issues to you. I just wanted to say we are conscious of that and try to work together.

You asked whether there is another country. One country that has done a great deal to make local data available at the neighbourhood level is the United Kingdom. They have, over the last 10 years, significantly changed how their national statistics agency produced, disseminated and organized data. They have a huge amount of data available down to the neighbourhood level.

That was an exercise of political will, in part because they had the strategy coming out of the Prime Minister's office, but also because there was pressure from the community, academics and researchers to make that data available. It was the convergence from the bottom and the top that has significantly changed. It might be a model that you would want to look at, although we recognize it is a unitary government and not a federal government.

celui des provinces reconnaissent que les collectivités devraient être encouragées à agir de certaines façons, à adopter certaines mesures. À mes yeux, c'était davantage une question de responsabilité fédérale et provinciale qui met en jeu les structures que j'ai mentionnées.

Je ne sais pas s'il y avait une question dans tout cela, mais vous pourriez peut-être commenter.

Mme Steenberg : Si j'ai bien compris une partie de ce que vous avez dit, il y a que les agents régionaux de la santé ont vraiment besoin de ce genre de données.

Le sénateur Trenholme Counsell : Oui.

Mme Steenberg : Comme Mme Slotek et M. Frojmovic l'ont signalé, il existe plusieurs réseaux, par exemple les réseaux d'utilisateurs de données sociales ou les réseaux de données sociales sur la santé, qui commencent à converger. Il y a un réseau baptisé réseau canadien pour la santé urbaine. Vous le connaissez bien, j'ai suis certaine. Il est dirigé par le Dr Cory Neudorf, qui est, je crois, président de l'un des conseils de l'Agence de la santé publique du Canada.

Ce réseau canadien de la santé urbaine accomplit justement ce que nous disions. C'est un réseau de médecins hygiénistes des régions. Il accomplit deux choses : il encourage la production, l'acquisition et la diffusion d'un nombre accru de données à l'échelon local et il essaie en même temps de produire certains indicateurs fondamentaux destinés à servir à la surveillance dans le domaine de la santé publique. Les déterminants sociaux de la santé et la santé publique, comme vous le dites, c'est la même chose.

Ce réseau-là existe et, certes, nous travaillons tous en vue d'atteindre le même but. Si le Dr Neudorf était là, ses propos ressembleraient souvent à ceux que nous tenons, j'en suis certaine.

Lorsque nous discutons au moment de préparer nos exposés, l'un des participants à la téléconférence était le Dr David Strong, qui fait partie du réseau de Cory Neudorf. Il travaille à la région sanitaire de Calgary. Il nous a aidés en éclairant nos discussions et en cernant certaines des questions que nous sommes venus soulever ici. Je tenais simplement à dire que nous sommes conscients de cela et que nous essayons de travailler ensemble.

Vous avez demandé s'il y a un autre pays vers lequel nous nous tournons. Il y a un pays qui a beaucoup travaillé à rendre les données locales disponibles à l'échelon du quartier, soit le Royaume-Uni. Depuis dix ans, on y a modifié sensiblement la façon dont l'agence nationale de la statistique produit, diffuse et organise les données. On y trouve un véritable foisonnement de données jusqu'à l'échelon du quartier.

Cela a tenu à une volonté politique, en partie du fait que la stratégie provenait du cabinet du premier ministre, mais aussi du fait que le milieu universitaire, les savants et les chercheurs ont fait des pressions pour qu'on rende les données disponibles. C'est la convergence issue du sommet et de la base en même temps qui a produit son effet. C'était un changement important. Voilà un modèle que vous allez peut-être vouloir étudier, même si nous reconnaissons qu'il est l'affaire d'un gouvernement unitaire et non pas d'un gouvernement fédéral.

Ms. Slotek: The other example internationally would be New Zealand. I cite it because they started with an obligation under legislation to do a report card. There was a political will, a national obligation to share information about moving towards well-being or away from well-being. They focused predominantly on looking at indicators around poverty and disparity, again legislated with report cards expected on an annual basis.

Mr. Frojmovic: I will give a third example of a country, which is the United States. I will contrast the U.S. and the U.K. The U.K. took a centralized top-down model where they made local data available. The deputy prime minister's office was a repository of all this information. The treasurer was behind it. At the most senior level of the country, there was a call to arms: We need to have data that is relevant locally. That was all centralized, made very accessible and relevant at a local level.

The U.S., maybe in some ways, is the inverse where data is much freer in Canada. What you see in the U.S. is this proliferation of community-based groups who get access to data and are making data available at a neighbourhood level.

It is a bit of a hodgepodge. Some neighbourhood networks do it better than others, but in the U.S., the trigger seems to be you can get access to data that is much cheaper. If you want to do one thing, just data coming out of the census for example, we will cover that. That will be the Government of Canada. We will foot the bill. You will see a thousand flowers blooming, at that point, in a dramatic way. It will be expensive, but will be the single most significant thing that could be done. The U.S. and the U.K. are two very different models. Both have the effect of making locally relevant data available and accessible.

In relation to federal-provincial and sub-provincial responsibilities, you mentioned the need to strategize. The homelessness sector has relied increasingly on municipal governments to coordinate at a local level a range of organizations to come up with a strategy. What are the priorities in our community? What is important and how do we move forward?

Provincial and federal governments have a role to respond to, but in terms of setting priorities and understanding local realities, it is municipal governments coordinating local groups. The same can be said for health priorities, whether it is regional health authorities or municipal governments setting the priorities in terms of how we move forward.

Mme Slotek : L'autre exemple serait celui de la Nouvelle-Zélande. Je le cite parce que les Néo-Zélandais ont commencé par adopter une loi pour obliger les responsables à produire une sorte de bulletin. Il y avait une volonté politique en faveur du projet, une obligation nationale d'échanger des informations pour que l'on sache si le pays s'approchait ou s'éloignait du bien-être. Les Néo-Zélandais se sont attachés d'abord et avant tout à des indicateurs de pauvreté et de disparité, encore une fois sous la coupe d'une loi prévoyant que des bulletins devaient être produits tous les ans.

M. Frojmovic : Je vais donner un troisième exemple de pays, le pays en question étant les États-Unis. Je vais évoquer le contraste qu'il y a entre les États-Unis et le Royaume-Uni. Le Royaume-Uni a adopté un modèle descendant centralisé qui lui a permis de rendre les données locales disponibles. Le cabinet du vice-premier ministre tient lieu de répertoire à toute cette information. Le trésorier a appuyé le projet. Dans les plus hautes sphères gouvernementales, il y a eu un appel à la mobilisation : il nous faut des données qui sont pertinentes à l'échelon local. Tout cela a été centralisé, rendu très accessible et très pertinent à l'échelon local.

Les États-Unis, à certains égards peut-être, représentent le cas inverse dans le sens où les données y sont beaucoup plus libres qu'au Canada. Ce que l'on voit aux États-Unis, c'est une prolifération des groupes communautaires qui réussissent à accéder à des données et qui rendent les données disponibles à l'échelon du quartier.

C'est assez variable. Certains réseaux de voisinage s'en tirent mieux que d'autres, mais, aux États-Unis, l'élément déclencheur semble être le fait que l'on puisse accéder à des données en payant beaucoup moins cher. Si vous voulez vous en tenir à un facteur, en ne retenant que les données du recensement, par exemple, nous nous en chargerons. C'est le gouvernement du Canada qui s'en occupera. Nous allons payer la note. Vous verrez que tout se mettra à fleurir, à un moment donné, de façon spectaculaire. Ce sera coûteux, mais ce sera la chose la plus importante qui puisse être faite. Les États-Unis et le Royaume-Uni ont adopté deux modèles très différents. Les deux ont pour effet de rendre disponibles et accessibles des données localement pertinentes.

Quant aux responsabilités fédérales-provinciales et sous-provinciales, vous avez dit qu'il nous faut établir une stratégie. Le secteur de la lutte contre l'itinérance compte de plus en plus sur les administrations municipales pour coordonner localement le travail de toute une série d'organismes, pour qu'ils puissent en arriver à une stratégie. Quelles sont les priorités au sein de notre collectivité à nous? Qu'est-ce qui est important et comment procéder pour progresser?

Le gouvernement fédéral et celui des provinces a un rôle à jouer, mais, lorsqu'il s'agit d'établir des priorités et de comprendre des réalités locales, ce sont les administrations municipales qui coordonnent le travail des groupes locaux. On peut en dire autant des priorités en matière de santé, qu'il s'agisse d'administrations régionales de la santé ou d'administrations municipales qui nous donnent un ordre de priorité pour avancer.

Those priorities then are often implemented provincially and federally. However, to set those priorities, you need access to locally relevant data, which brings us back to the issue of how to get access to that data. There is clearly a role for local-level institutions, whether it is health authorities or municipal governments, in pulling together local consortia to come up with strategies and priorities.

Again, if the data was made free tomorrow, all sorts of tools are available to bring about analysis at a local level.

One level is just expensive. There are other issues, too, besides cost — that is, the census. There are issues of access to administrative health data and to the private sector administrative data, but clearly there is the issue of cost.

If you went to the U.K. and the U.S., there are two different perspectives. They both offer good models.

Dr. Millar: The theme that emerges is political will.

In regard to your question about local health officers and so forth, to tell you a little bit about how it has worked in British Columbia, we recognized this problem of local data access four or five years ago. We have formally constituted a coalition of health officers, but working with those from other sectors such as education, agriculture and the Union of British Columbia Municipalities. We have a large coalition of people who get together provincially, which has led to this capacity where we now have to recreate something like the Newfoundland community accounts process.

The mechanism is a coalition. It happens that that coincided with the premier's desire to get more local-level data as well. It started with economic data but then added in the social data. Where his political will came from I do not know, but it was important in driving that process.

Certainly, from what I know about Newfoundland, it was again because of the social contract there, and similarly in Nova Scotia. Playing that up to the federal level, I would imagine that what will work best would be CIHI playing with others: Statistics Canada, CIHR and some of the other major NGOs, non-governmental organizations, at the federal level that could come together and, hopefully, generate or hold hands with whatever political will comes out of it.

Senator Brown: I want to ask a question of Dr. Millar.

You may already be doing this, but I wanted to see if it could be expanded. Why do the names and addresses not disappear and become a code, numbers? Depending on how long a binary code you want, you should be able to assign numbers for gender, race,

À ce moment-là, les priorités en question, souvent, sont mises en œuvre à l'échelle provinciale et fédérale. Tout de même, pour fixer ces priorités, il faut avoir accès à des données localement pertinentes, ce qui nous ramène à la question de savoir comment accéder à ces données-là. Il y a clairement un rôle à jouer du côté des établissements locaux, qu'il s'agisse d'administrations de la santé ou d'administrations municipales, quand vient le temps de réunir des éléments locaux pour en arriver à des stratégies et à des priorités.

Encore une fois, si les données étaient libérées demain, il existe toutes sortes d'outils qui permettraient de procéder à une analyse au niveau local.

Un seul niveau, ça devient très coûteux. Il y a d'autres facteurs qui entrent en jeu aussi, outre le coût — c'est-à-dire le recensement. Il y a les problèmes d'accès aux données administratives sur la santé et aux données administratives du secteur privé, mais, clairement, le coût pose un problème.

Si vous allez au Royaume-Uni et aux États-Unis, vous verrez qu'il y a là deux perspectives différentes. Les deux modèles proposés sont bons.

Dr Millar : Le thème qui s'impose est celui de la volonté politique.

Quant à votre question au sujet des agents de santé locaux, pour expliquer un peu comment les choses se sont déroulées en Colombie-Britannique, disons que nous avons reconnu que l'accès aux données locales poserait un problème il y a quatre ou cinq ans. Nous avons créé une coalition d'agents de santé en bonne et due forme, mais en faisant appel à ceux qui oeuvrent dans d'autres secteurs comme l'éducation, l'agriculture, notamment la Union of British Columbia Municipalities. Il y a une grande coalition qui se réunit au sein de la province et qui est à l'origine de cette capacité et, aujourd'hui, nous en sommes à recréer les comptes communautaires comme il y en a à Terre-Neuve.

Le mécanisme est une coalition. Ce mouvement-là a coïncidé avec la volonté du premier ministre d'accéder à de plus amples données locales aussi. C'était d'abord des données économiques, puis, il y a eu les données sociales qui ont été ajoutées. Je ne sais pas d'où est venue cette volonté politique, mais elle s'est révélée importante pour animer le mouvement.

Certes, si je me fie à ce que je sais de Terre-Neuve, c'est encore une fois le contrat social qui explique la chose, et c'est pareil en Nouvelle-Écosse. Dans l'optique fédérale, j'imagine que la meilleure idée serait que l'ICIS collabore avec d'autres organismes : Statistique Canada, les IRSC et certaines des principales ONG, organisations non gouvernementales, à l'échelle fédérale pourraient se réunir et, espérons-le, créer quelque chose ou se tenir par la main du fait de la volonté politique qui les anime, quelle qu'elle soit.

Le sénateur Brown : Je veux poser une question au Dr Millar.

Vous êtes peut-être déjà engagé dans cette voie, mais je voulais savoir s'il serait possible d'élargir la chose. Pourquoi les adresses et les noms ne disparaissent-ils pas au profit d'un code, de chiffres? Selon la longueur du code que vous voulez en mode

age, income, address and keep all the personal data, in terms of name at least, and anything else you want to keep out of the public realm. You could then ask that legislation be passed that would have the Canada Revenue Agency and any other agency, whether it is the health agency or whatever, assign the code to their own information but allow you to have the template with the numbers, but without the personal name and address attached to them.

You could then go from agency to agency. Legislation could even require them to provide that coded information. You might need a quantum computer by the time you got through it, but you would have it from every source imaginable, whether from health organizations, hospitals, insurance companies, the CRA and so on. If they were all required to use their own code and just give you the information with numbers instead of names or addresses, it seems like you could have a wealth of information, and at no cost, other than putting it in your own program.

Dr. Millar: You are probably correct that there are technological solutions to getting around some of the concerns about identifiable data. As an example, most government departments will not release any data that has a six-digit or maybe even a three-digit postal code in it. Even if you stripped everything else off, the concern is that with that minimal amount of information, there might be so few people that if one person in that small jurisdiction turned out to be HIV-positive or something, then everyone would know who it was. That is the kind of tricky balance that must be achieved here.

Having said that, there are technological ways of stripping off all the identifiers in a secure environment so that you can link that up with other databases. There are ways of doing it, but it is often labour-intensive for government departments to do this kind of work and create those databases, so it often does not get done.

Senator Brown: You used the example of postal codes. What about giving a code for the postal code and having the agency involved design the code so that they are the only ones who can actually access the template from their own information? You then have a double protection there because you have them protecting their own information. At the same time, they are giving you everything except the identification of the one person with HIV in the small village or whatever. That is what I was getting at, that there be codes for codes.

Dr. Millar: You are correct. That can be done. Again, the way the system is currently set up, you tend to create one linked database and it is for a particular purpose, one research project, and others cannot then access it. There are some challenges there.

binaire, vous devriez être en mesure d'attribuer des chiffres pour le sexe, la race, l'âge, le revenu, l'adresse, et de protéger les données personnelles, du moins le nom, et tout autre élément d'information que vous souhaitez exclure du domaine public. Vous pourriez alors demander qu'une loi soit adoptée pour que l'Agence du revenu du Canada ou tout autre organisme, que ce soit dans le domaine de la santé ou dans un autre, codifie ses propres informations et vous remette la fiche avec les codes, sans l'adresse ou le nom de la personne.

Vous pourriez alors vous adresser à un organisme quelconque. Une loi pourrait même contraindre l'organisme à vous fournir les informations codées. Il vous faudra peut-être un ordinateur quantique pour passer au travers, mais vous auriez des données provenant de toutes les sources imaginables : les organismes du domaine de la santé, les hôpitaux, les compagnies d'assurance, l'ARC et ainsi de suite. S'ils devaient tous utiliser leur propre code et vous donner seulement les informations chiffrées plutôt que les noms et les adresses, il semble que vous auriez là un trésor d'information, sans avoir à engager de coût autre que celui qu'il faut pour intégrer les données à votre propre programme.

M. Millar : Vous avez probablement raison de dire qu'il existe des solutions techniques pour contourner certains des problèmes relevés à propos des données identifiables. Par exemple, la plupart des ministères ne divulgueront pas de données qui révèlent les six chiffres du code postal et peut-être même trois d'entre eux. Même si on enlève tout le reste, certains craignent que l'information minimale qui reste se rapporte peut-être à un nombre si faible de personnes que si l'une d'entre elles, dans la petite zone ainsi circonscrite, se trouvait à être séropositive ou je ne sais quoi encore, tout le monde saurait de qui il s'agit. Il y a sur ce point un équilibre délicat qu'il faut parvenir à atteindre.

Cela dit, il existe des moyens techniques d'éliminer tous les éléments d'identification dans un environnement sécurisé, de manière à pouvoir établir le lien voulu avec d'autres bases de données. Il y a des façons de procéder, mais il faut souvent beaucoup de main-d'œuvre aux ministères pour faire faire ce travail et faire créer ces bases de données-là, de sorte que, souvent, ça ne se fait pas.

Le sénateur Brown : Vous avez cité en exemple les codes postaux. Pourquoi ne pas établir un code qui se rapporte au code postal et faire que l'organisme participe à la conception du code en question, pour qu'il soit le seul qui puisse vraiment accéder à la fiche à partir de ses propres informations? Il y a alors une double protection, car les responsables protègent leurs propres informations. En même temps, ils vous remettent toutes les données sauf les éléments d'identification qui permettraient de savoir qui est séropositif dans un petit village ou je ne sais où. C'est là où je voulais en venir, au fait qu'il pourrait y avoir un code pour les codes.

M. Millar : Vous avez vu juste. Cela peut se faire. Encore une fois, de la façon dont le système est actuellement organisé, on a tendance à créer une base de données couplée qui se rapporte à une fin particulière, à un projet de recherche donné, mais les autres ne peuvent y accéder. Cela soulève des problèmes.

Senator Brown: I understand what you are saying in terms of the challenge. I agree that certainly there would be a challenge. However, if each agency was able to preserve its own information with anything except what you need — which I understand would be gender, maybe race, income — addresses would disappear and everything that could be identified with an individual, or even in that particular area of a province, would disappear. They would maintain that for themselves — even the insurance companies, which are always running charts on age, health and everything they can possibly get their hands on.

It would seem that, if there were enough codes in there, the insurance company could be guaranteed that their information would not be personalized and would not be able to be tracked back to individuals, then you would have the information but they would be protected.

The same thing is true for the Canada Revenue Agency. They are required by law to keep certain things private. However, if there are enough codes in there, there is no way to access it because the agency itself puts the codes on. All you would get is the information and access to that information. If there was a code for your information, then it could not be traced back.

Dr. Millar: To give you a real example of the problem here, something like what you describe has been done at the University of British Columbia. They have created a big database that links all of the ministry of health databases. They do exactly what you describe, namely, strip off the individual identifiers. Then the information is made available, but it is made available to the University of British Columbia researchers.

If there is someone like myself in a health authority who wants to obtain that data on a linked basis for, say, quality improvement in the health care system or to understand a local population health issue, we cannot gain access to the data because that whole process has been created and is owned by the university, and they put priority on their research needs. What is more, they take a long time to create that database and get it up to speed. If we have a real time problem in population health, their data is usually three years old so it does not tell us anything useful. Do you get the sense of the problem here?

Senator Brown: Yes.

Dr. Millar: We have a big job ahead of us. It is not insoluble.

Senator Brown: I understand the complexity of it. Legislation that protects the Canada Revenue Agency information could be designed to give people like you the right to access it because it is in the national interest. Each agency could be required by law to provide you with the information, coded in a manner in which you can only use a certain part of it and never be able to get the

Le sénateur Brown : Je comprends ce que vous dites pour ce qui est du problème à régler. Je suis d'accord avec vous : il y aurait certainement un problème à régler. Tout de même, si l'organisme pouvait présenter ses propres informations sauf les éléments qu'il vous faut — qui, d'après ce que je vois, seraient le sexe, peut-être la race, le revenu — l'adresse disparaîtrait, et tout élément permettant d'identifier une personne ou même une zone particulière d'une province disparaîtrait. Il garderait cela pour lui — même les compagnies d'assurances, qui n'ont de cesse de créer des tableaux à propos de l'âge, de la santé et de toute autre information sur laquelle elles arrivent à mettre la main...

S'il y a suffisamment de codes, il semble qu'il serait possible de garantir à la compagnie d'assurances que son information ne serait pas « personnalisée », qu'il ne serait pas possible de remonter la filière et d'identifier la personne, alors on aurait l'information, mais celle-ci serait protégée.

Le même raisonnement vaut pour l'Agence du revenu du Canada. La loi oblige l'Agence à garder certains renseignements privés. Par contre, s'il y a suffisamment de codes, il ne serait pas possible d'accéder aux renseignements personnels, étant donné que c'est l'Agence elle-même qui choisit les codes. On obtiendrait simplement l'information précise dont il est question, on aurait accès à cette information-là. S'il y avait un code pour votre information, il ne serait pas possible alors de remonter la filière.

Dr Millar : Pour vous donner un exemple concret de ce problème, l'Université de la Colombie-Britannique a réalisé un projet qui s'apparente à ce que vous avez décrit. Elle a créé une grande base de données qui relie toutes les bases de données du ministère de la Santé. On fait exactement ce que vous disiez, c'est-à-dire qu'on élimine les éléments d'identification. Puis, la formation devient accessible, mais elle devient accessible aux chercheurs de l'Université de la Colombie-Britannique.

Si jamais une personne comme moi-même, dans une administration de la santé, souhaite obtenir les données grâce à un raccordement, disons pour améliorer la qualité du système de soins de santé ou pour comprendre un problème de santé qui touche la population locale, elle ne pourra accéder aux données, compte tenu du fait que c'est l'université qui a créé le processus et qui en est le propriétaire en titre, et elle accorde la priorité à ses besoins en recherche. De plus, il faut beaucoup de temps pour créer cette base de données-là et la rendre fonctionnelle. S'il y a un problème immédiat qui est relevé du point de vue de la santé de la population, ces données-là ont habituellement trois ans, de sorte qu'elles ne nous disent rien d'utile. Comprenez-vous un peu le problème qu'il y a?

Le sénateur Brown : Oui.

Dr Millar : Nous avons tout un travail devant nous. Ce n'est pas un problème insoluble.

Le sénateur Brown : Je saisis la complexité de la chose. La loi qui protège les renseignements à l'Agence du revenu du Canada pourrait être conçue pour donner à des gens comme vous le droit d'y accéder, étant donné que c'est dans l'intérêt national. De par la loi, chaque organisme pourrait être tenu de vous fournir l'information, sous une forme codée, de sorte que vous pouvez

names of the individuals or where they live, or whatever else they need to have isolated out of the database that they have. The legislation could actually require that.

Dr. Millar: As Mr. Frojmovic was saying, we need legislation to encourage people to do that kind of sharing.

Senator Brown: That was the legislation I was thinking about.

Mr. Frojmovic: To reinforce that point — any time you ask anyone who works with data whether they can do something for you, it is labour intensive. For a small request, you will literally spend days and days if you do not have a mandate to do that, unless you really like the person and do him a favour, which often happens. Municipalities will often turn to universities and quietly gain access to data they are not allowed access to, and report on it. It is the underground data economy, which is very healthy.

There is an incredible inefficiency going on about probably thousands of organizations working with the exact same tables doing all sorts of wonderful work. However, if you created a nice, streamlined system of data access, you would throw tons of students out of work. There are a lot of people earning a living doing the same things across the country. There will be a lot of resistance to doing that. It is like turning a messy highway that has thousands and thousands of vehicles and tons of taxis going to the airport into a train system. Someone says, «We will offer you one neat train system to the airport.» The whole taxi system will freak out.

We want the UBC data. All that work should be available to the whole country. It should not be stuck in one university. How do we address that? You do not have to convince anyone if you are mandating that it be shared, but the resistance you get is that there is a whole raft of people creating an industry, both legal and illegal, around this whole inefficient data business. However, it is doable. You can have efficiencies.

Ms. Steenberg: I will second the underground data.

Ms. Slotek: Notwithstanding the problems that Dr. Millar and Mr. Frojmovic addressed, when you get people around a table there is a great potential to get to that bottom line about what the strategies are and a beginning point of how to share data. If people are not talking to each other, they are not likely to take a look. The whole issue of ownership should be addressed. Who owns it? We never ask that question but it should be asked. Everyone owns it. There is a way to get that dialogue going if we get the people around the table to have that conversation.

seulement n'utiliser qu'une partie et que jamais vous ne pourriez identifier la personne ou déterminer où elle habite ou établir quelque autre information qu'on a exclue. La loi pourrait exiger cela.

Dr Millar : Comme le disait M. Frojmovic, il nous faut une loi pour encourager les gens à procéder à ce genre d'échange.

Le sénateur Brown : C'était la loi que j'envisageais.

M. Frojmovic : Et encore : chaque fois que vous demandez à quelqu'un qui s'occupe de données de faire quelque chose pour vous, cela exige de la main-d'œuvre. Pour une demande qui est sans grande envergure, vous allez littéralement passer des jours et des jours à essayer de trouver, et si vous n'êtes pas mandaté pour le faire, à moins de bien aimer la personne qui fait la demande et de lui rendre service, ce qui arrive souvent, ce n'est pas possible. Les municipalités se tournent souvent vers les universités et, sans faire de bruit, obtiennent l'accès à des données qu'elles ne sont pas censées pouvoir obtenir, et elles s'en servent. C'est l'économie souterraine des données, qui se porte très bien.

Il y a là un manque d'efficacité qui est incroyable — ce sont probablement des milliers d'organismes qui utilisent les mêmes tableaux et qui effectuent toutes sortes de travaux extraordinaires. Cependant, si on prévoyait un accès aux données, quelque chose de simple et de beau, il y a d'innombrables étudiants qui n'auraient plus de travail. Il y a bien des gens qui gagnent leur pain à faire le même travail d'un endroit à l'autre au pays. L'idée se heurte à une grande résistance. C'est comme transformer une autoroute encombrée de milliers et de milliers de véhicules et de taxis à destination de l'aéroport en un chemin de fer. Quelqu'un dit : « Nous allons organiser un bon système de transport par train à destination de l'aéroport. » C'est tout le monde du taxi qui perdra les pédales.

Nous voulons accéder aux données de l'Université de la Colombie-Britannique. Le travail fait de ce côté devrait être accessible au pays entier. Les données ne devraient pas rester prises dans une seule université. Comment régler ce problème-là? Vous n'avez à convaincre personne si vous rendez obligatoire l'échange des renseignements, mais il y a une résistance qui vient du fait qu'il y ait toutes sortes de gens qui créent une industrie, légale et illégale, autour de l'inefficacité du monde des données. Par contre, cela est faisable. On peut avoir des gains en efficience.

Mme Steenberg : J'appuie ce qu'on a dit à propos de l'économie souterraine des données.

Mme Slotek : Quoi qu'il en soit des problèmes évoqués par Dr Millar et M. Frojmovic, quand on réunit des gens autour d'une table, le potentiel est grand : on peut en arriver à dire, au fond, quelles sont les stratégies à adopter et quel est le point de départ pour l'échange des données. Si les gens ne se parlent pas, il est peu probable qu'ils y jettent un coup d'œil. Il faut se pencher sur la question de la propriété. Qui est propriétaire des données? Nous ne posons jamais cette question-là, mais il faut la poser. Tout le monde en est propriétaire. Il y a une façon de lancer ce dialogue-là. Il faut réunir les gens autour de la table pour qu'ils aient cette conversation-là.

Ms. Steenberg: I want to add something about the model and about the community. We talked about a national strategy but not the way it goes down to the community. Each local consortium of the CSDS is exactly a mini-round table. It starts out as kind of a transactional initiative to purchase data but it has ended up being a forum around a table whereby social agencies, health agencies, educational agencies, police agencies and libraries share their information and research and undertake common initiatives as they are doing increasingly in places like Calgary. It is already happening locally as we have all made very clear; we need to get the data to them.

The Chair: It is interesting you say that, Ms. Steenberg, because it is quite obvious that, for a population health initiative to be successful, you must get all the people who control the determinants of health around that table at the community level and then you have to wire it. You must then get the data up to the top or have someone from the top come down to do the wiring, or whatever, and be ready to share it all across the country.

If I am wrong, I want you to contradict me. I am pushing the report in that direction.

Senator Cook: Thank you for another complex afternoon of testimony.

From my limited knowledge on this topic, it seems that we are really good at gathering, at getting stuff, and at keeping it. How does one get to use it? Let me elaborate a bit on that. As the chair said, I am a Newfoundlander. We will be going to our province. I have had a number of meetings. I have come at this with no knowledge or understanding. At the first conversation I had, I learned that the community accounts were free and they were on the web.

I am sure that, just from hearing the four of you learned people this afternoon, this data collection must come at great cost and patience. We all seem to be going on a 16-lane highway or something. How do we get it together? Who will use it? How will it be accessed? To go back to the political will aspect, surely every one of us wants to have a healthy, productive population. My premier is no exception. That was the motivating factor. There was also an indicator: The failure of our fishery that we had existed on for 500 years. I will not minimize it. Ours was an easier-to-see phenomenon. The fishery was not coming back. We had to look at the population. In the first year, 30,000 of them moved to Alberta. That became a glaring reality. Maybe that is where our premier's political will came from. That is the simplicity of what happened at home.

Mme Steenberg : Je voudrais ajouter quelque chose à propos du modèle et de la collectivité. Nous parlons d'une stratégie nationale, mais nous ne parlons pas de la façon dont les données se rendent jusqu'à la collectivité. Chaque regroupement local de la SACASS est une mini-table ronde à proprement parler. Ça commence comme une sorte de projet transactionnel d'achat de données, mais ça aboutit à un forum, autour d'une table, où les organismes sociaux, les organismes de santé, les organismes du monde de l'éducation, les organismes policiers et les bibliothèques échangent leurs informations et leurs résultats de recherche, et entreprennent des projets communs, comme on le fait de plus en plus à des endroits comme Calgary. Ça se fait déjà localement comme nous l'avons tous souligné très clairement; nous devons faire en sorte que les gens aient accès aux données.

Le président : Il est intéressant que vous disiez cela, madame Steenberg, étant donné que cela est tout à fait évident : pour qu'un projet relatif à la santé de la population porte fruit, il faut réunir autour de la table, à l'échelle communautaire, toutes les personnes ayant une certaine prise sur les déterminants de la santé, puis il faut poser les câbles. Il faut aménager les données au niveau supérieur ou demander à quelqu'un du niveau supérieur de descendre pour venir poser les câbles, ou je ne sais quoi encore, et être prêt à échanger tous les renseignements dans l'ensemble du pays.

Si j'ai tort, je veux que vous me contredisiez. J'essaie de donner cette tournure-là au rapport.

Le sénateur Cook : Merci de nous avoir présenté des témoignages complexes encore une fois cet après-midi.

D'après la connaissance limitée que j'ai du sujet, il me semble que nous excellons quand vient le temps de recueillir les données, de les obtenir, et de les garder aussi. Comment faire pour s'en servir alors? Permettez-moi de donner quelques précisions là-dessus. Comme le président l'a dit, je suis originaire de Terre-Neuve. Nous allons nous rendre dans notre province. J'ai eu plusieurs réunions. Je suis arrivée ici sans connaître ou comprendre quoi que ce soit. Dès la première conversation que j'ai eue, j'ai appris que les « comptes communautaires » étaient gratuits, qu'on pouvait y accéder sur le Web.

À écouter seulement les quatre éminents personnages qui nous ont parlé cet après-midi, je suis certaine que la collecte des données doit coûter très cher en argent et en patience. Nous semblons tous filer sur une autoroute à 16 voies ou je ne sais quoi encore. Comment réunir les éléments voulus? Qui s'en servira? Comment y accèdera-t-on? Pour revenir à l'aspect politique de la chose, il va sans dire que chacun d'entre nous souhaite avoir une population en santé et productive. Le premier ministre de ma province ne fait pas exception à la règle. C'était là le facteur de motivation. Il y avait aussi un indicateur : l'échec de notre pêcherie, qui avait existé auparavant pendant 500 ans. Je ne vais pas minimiser cela. Notre phénomène était plus facile à voir. La pêcherie n'allait pas revenir. Il nous fallait regarder la population. Durant la première année, 30 000 personnes ont déménagé en Alberta. C'est devenu une réalité criante. C'est peut-être de là que notre premier ministre a tiré sa volonté politique. C'est tout simplement ce qui est arrivé chez nous.

My researcher pointed this out to me because I know very little about computers. I know what I would like it to tell me but I do not know how to get it. I was born and raised in a small fishing community. My researcher clicked a button and told me exactly the health, social and all the determinants of health in my community. The man with whom I had my first interview, who must be pretty smart, said, «We have all this data together but we are afraid to use it. We know we must do something. We will go out and test it.» So they went to a community and showed the profile. They did the presentation at the local Lion's Club and everyone came. People came to him and said, «We did not know we were like that. We did not know our community was like that. There are some things that we can do ourselves.»

Forgive me, but I will never understand the issue of the complexities of big cities; I do not come from that jurisdiction. I could see the user there but, in our presentation, we hear about data collection and the barriers to it, for example, that it is three years old and so on. I am thinking that ours is done on a regular daily basis and it is accessible. Our little group has gone to Australia and to Turkey, two very different jurisdictions. Is there some way that we can have a meeting of the minds and get on with this and care for people?

Ms. Steenberg: We need to clone Alton Hollett and put him in every province and territory.

Senator Cook: I will be the first to say that it was a really identified need. He had the political will. He put it in legislation and funded it. He said to the people, “We will be accountable to you through the legislature.” I think that is where we need to come from and then all of this wonderful stuff will be of value. We are in the middle. I would like your opinion on that.

Mr. Frojmovic: I am not sure exactly how to respond but I am definitely a city boy. As complex as cities are, they are made up of communities — that is, neighbourhoods where people are struggling with things that are affecting them. I grew up in Montreal and now I am living in Ottawa. For example, school closures have been a big issue in Ontario. Speaking from the point of view of residents who are struggling to keep their schools open, school closures are very much about social determinants of health. Access to a local public school is an intermediating determinant of health. School closures tend to happen in lower-income neighbourhoods. There is a lot to be said about the school closure debates that occur in my community and the linkage to it as a determinant of health. What I found to be frustrating was the unnecessary lack of access to useful data on the part of those same parents who were investing an incredible amount of effort to fight for their schools to stay open. The kind of data needed was about population trends in particular. The arguments being made by the school boards on the one hand were, “Obviously, we see here there are populations in decline; there are fewer households.”

C'est mon recherchiste qui m'a souligné la chose, étant donné que je connais très peu les ordinateurs. Je sais ce que je voudrais qu'on me dise, mais je ne sais pas comment faire pour aller chercher l'information. Je suis née et j'ai grandi dans une petite localité de pêcheurs. Mon recherchiste a cliqué sur un bouton et m'a donné les facteurs de santé, les facteurs sociaux et tous les déterminants de la santé dans ma collectivité. Le premier homme que j'ai interviewé, qui devait être assez intelligent, a dit : « Nous avons toutes ces données qui sont regroupées, mais nous avons peur de nous en servir. Nous savons que nous devons faire quelque chose. Nous allons aller de l'avant et tester cela. » Les gens sont donc allés dans une collectivité et ont fait voir le profil. Ils ont présenté la chose au Lion's Club local, où tout le monde est venu voir. Les gens sont allés le voir et lui ont dit : « Nous ne savions pas que nous étions comme cela. Nous ne savions pas que notre collectivité était comme cela. Il y a des choses que nous pouvons faire pour nous aider nous-mêmes. »

Excusez-moi, mais je ne comprendrai jamais les questions complexes qui touchent les grandes villes; je ne viens pas d'un tel endroit. J'arrive à voir l'utilisateur, mais, dans notre exposé, nous avons entendu parler de collecte des données et d'obstacles à la collecte des données, par exemple que les données sont vieilles de trois ans et ainsi de suite. Je songe au fait que notre travail se fait quotidiennement et qu'il est accessible. Notre petit groupe est allé en Australie et en Turquie, deux endroits très différents. Serait-il possible d'en arriver à une rencontre des volontés et d'aller de l'avant et de commencer à s'occuper des gens?

Mme Steenberg : Il nous faut cloner Alton Hollett et l'installer dans chaque province, dans chaque territoire.

Le sénateur Cook : Je serai la première à dire qu'il s'agissait d'un besoin réel. Il avait la volonté politique voulue. Il l'a écrit dans une loi et l'a financé. Il a dit aux gens : « Nous serons responsables devant vous, par la voie de l'assemblée législative. » C'est de cette façon qu'il nous faut procéder, à mon avis, puis tous ces travaux merveilleux nous seront utiles à ce moment-là. Nous sommes pris au milieu. J'aimerais savoir ce que vous pensez de cela.

M. Frojmovic : Je ne sais pas très bien comment réagir, mais je suis très certainement un citoyen. Si complexes que soient les villes, elles se composent de « collectivités » — c'est-à-dire de quartiers où les gens se débattent avec des choses qui les touchent. J'ai grandi à Montréal; aujourd'hui, je vis à Ottawa. Par exemple, la fermeture des écoles est toute une affaire en Ontario. Du point de vue des résidents qui se battent pour que leurs écoles demeurent ouvertes, la fermeture d'une école constitue tout à fait un déterminant social de la santé. L'accès à une école publique locale est un déterminant intermédiaire de la santé. Les fermetures d'école ont tendance à se produire dans les quartiers à faible revenu. Il y aurait beaucoup à dire à propos du débat sur la fermeture des écoles dans ma collectivité et du lien qu'il y a avec la notion de déterminant de la santé. Ce que j'ai trouvé frustrant, c'est l'inutile manque d'accès à des données utiles chez les parents qui se battent avec une énergie incroyable pour que leurs écoles demeurent ouvertes. Le genre de données qu'il fallait, c'est celles qui touchent les tendances démographiques en particulier. Les arguments évoqués par les conseils scolaires se résumaient à :

Cities have their own data sets and their own official plans that call for bringing more people into these neighbourhoods which is not in sync with where the school boards are at. Residents who have access to no data are struggling because, intuitively, they know that if their children can walk to school and it is a decent school in their neighbourhood, that is a good, all-around thing.

What I find interesting is that we have the capacity and tools and technology to get those data into the hands of residents in this case and bypass all. Keep the school boards honest about their relationship to the city officials who are trying to promote schools staying open. There is an incredible lack of access to data.

I was born in 1969. I have always regretted having just missed that revolution. I do think we are on the cusp of a social data revolution, and maybe one factor that underlies a lot of what we are talking about is fear. There is a fear on the part of many officials about making data available. The fact is, data can be made incredibly available and accessible to an incredible number of people. My experience has been, whether you are talking about municipal, federal government, provincial government or school board officials, there is a fear that if everyone found out about what I know, somehow the world will fall apart. The world will not fall apart; it will just get better and more efficient. The only way to overcome that fear, again, is to drive the requirement that you must make it available.

The reason we are on the cusp of a social data revolution is because we have all the data and tools that are out there, but they are being held extremely tightly; it is being sat on.

The fact that you could sit in some remote fishing village in Newfoundland and look at incredibly powerful data — exactly the kind of stuff that probably could have been used in any community going through a school closure — is testament to the fact that the only issue here is that certain jurisdictions are fearful of making that available. How you overcome fear, there is only so much we can do on the ground to overcome that.

The Chair: The full panel wants to comment.

Ms. Slotek: I am eagerly waiting to say something. I am delighted that you brought us back to the community accounts. We talked about it earlier. You are always looking for that magic bullet to find a solution, but there are eight or nine things that they are doing right. First, it is free. We cannot say enough about that.

« Évidemment, nous voyons là qu'il y a des populations en déclin; il y a moins de ménages. » Les villes disposent de leurs propres séries de données et de leurs propres plans officiels qui prévoient d'attirer des gens en plus grand nombre dans les quartiers en question, ce qui ne concorde pas avec les plans des conseils scolaires. Les résidents qui n'ont accès à aucune donnée se débattent dans le dossier. Intuitivement, ils savent que, dans la mesure où leurs enfants peuvent se rendre à l'école à pied et qu'il s'agit d'une école décente qui se trouve dans leur quartier, dans l'ensemble, c'est quelque chose de bon.

Je trouve cela intéressant que nous ayons les moyens et les outils et la technologie nécessaires pour mettre ces données-là entre les mains des résidents dans le cas qui nous occupe et contourner tout le reste. Exigez donc des conseils scolaires qu'ils parlent honnêtement de leur relation avec les responsables municipaux qui essaient de garder ouvertes les écoles. Il y a là un manque d'accès aux données qui est incroyable.

Je suis né en 1969. J'ai toujours regretté d'avoir tout juste raté cette révolution-là. Je suis quand même d'avis que nous sommes aux abords d'une révolution sociale dans le domaine des données, et il y a peut-être un facteur qui sous-tend une bonne part de ce débat, et c'est la peur. Nombreux sont les responsables qui ont peur de mettre les données à la disposition des gens. Le fait est qu'il est possible de rendre les données incroyablement disponibles et accessibles à un nombre incroyable de personnes. D'après mon expérience à moi, qu'il s'agisse de responsables des municipalités, du gouvernement fédéral, d'un gouvernement provincial ou d'un conseil scolaire, il y a cette peur : si tout le monde découvre ce que je sais d'une manière ou d'une autre, le monde va s'effondrer. Or, le monde ne va pas s'effondrer; il va juste devenir meilleur et plus efficient. La seule façon de surmonter cette peur-là, encore une fois, c'est de préconiser une exigence : il faut que les données soient disponibles.

La raison pour laquelle nous sommes aux abords d'une révolution sociale dans le domaine des données, c'est que nous disposons de toutes les données et de tous les outils qui existent, mais que ceux-ci sont tenus d'une façon qui est extrêmement serrée; les gens s'assoient dessus.

Le fait qu'on peut s'être installé dans quelque village de pêcheurs reculé à Terre-Neuve et regarder des données d'une incroyable puissance — tout à fait le genre de truc qui aurait pu servir à n'importe quelle collectivité aux prises avec la fermeture possible d'une école — montre bien que, le seul problème, c'est que, à certains endroits, on craint que les données soient à la disposition des gens. Comment surmonter cette peur? Nous pouvons seulement faire tant sur le terrain pour surmonter cela.

Le président : C'est tout le groupe de témoins qui souhaite réagir.

Mme Slotek : J'attendais impatiemment de pouvoir dire quelque chose. Cela fait mon bonheur que vous nous ayez ramenés à la question des comptes communautaires. Nous en avons parlé plus tôt. On cherche toujours la solution miracle, mais il y a huit ou neuf choses que les gens font correctement. Premièrement, c'est gratuit. On ne saurait trop insister là-dessus.

There is an attention to users, which relates to my comment earlier about looking at the end game. What is it for and answering the «so what?» question; they do that very well.

There is a public engagement process. They talk to communities, and they talk about what is relevant. If you talk to Doug May, Professor, Memorial University, one of the things he talks about is engaging communities about mistakes at the front end. The community was up in arms saying, “You are doing some of this wrong.” They listened, responded and changed it.

It is also building a partnership between Memorial University and the Newfoundland and Labrador Statistics Agency, putting different people with different vantage points around a table to come up with something different.

They also understand the relevance of the data and that relates back to users. They collect relevant data. It is not a lot of data, yes, but it is not about volume; it is about relevance.

There is a political will there. You talked about it more eloquently than I can, and they do understand accountability. It is the fear factor that Mr. Frojmovic talked about. The fact is they do understand an obligation by government to the people to share information collectively and set a course of change. They understand that clearly and not just at election time, but as an ongoing process that they have with their citizens in terms of providing that information.

The Chair: Thank you, Ms. Slotek. Dr. Millar, I believe you are next.

Dr. Millar: The subject of fear has come up, fear of releasing data, but there is this countervailing fear of loss of privacy out there, so I will go back to what I said earlier about the need for public dialogue.

Commenting on your question here, why can we not do the same thing across the country to get local-level data accessible? Newfoundland has invested millions of dollars in this. Because they have done it and have been so open about sharing it with everyone else, it makes it incredibly cheap to spread. In British Columbia, we need only \$600,000 to replicate what they have done. It is not expensive.

The other big «but» here — and Ms. Slotek mentioned it a bit — you need more than just access to data to make this stuff work. There must be someone at the community level that can figure out what to do with this. You need that capacity to understand and analyze data and make it useful. You also need the engagement process so that it is not just in the hands of city council but you can engage the more vulnerable parts of the population as well.

It is doable. For relatively little money, this could be replicated.

Il y a une attention qui est portée à l'utilisateur, qui a rapport avec ce que je disais plus tôt à propos du but ultime de l'affaire. De quoi s'agit-il? Comment répondre à la question « et puis après? » Cela, ils le font très bien.

C'est un processus de mobilisation publique. Les responsables s'adressent aux collectivités et parlent de ce qui est pertinent. Si vous vous entretenez avec Doug May, professeur à l'Université Memorial, il vous dira entre autres qu'il faut mobiliser les collectivités à propos des erreurs qui sont faites au départ. Il y a eu une levée de boucliers. Les gens disaient : « Vous faites des erreurs sur certains points. » On a écouté, on a réagi et on a modifié le tir.

C'est aussi l'idée d'établir un partenariat entre l'Université Memorial et l'agence officielle de la statistique de Terre-Neuve-et-Labrador, de réunir des gens ayant un point de vue différent autour d'une table pour en arriver à quelque chose de différent.

Les gens comprennent aussi la pertinence des données et le lien avec les utilisateurs. Ils recueillent des données pertinentes. Ce ne sont pas des données nombreuses, j'en conviens, mais ce n'est pas le volume qui importe; c'est la pertinence.

Il y a là une volonté politique d'agir. Vous en avez parlé avec plus d'éloquence que moi, et les gens comprennent bien la notion de transparence. C'est la peur que M. Frojmovic a évoquée. Le fait est que les gens comprennent l'obligation du gouvernement envers les citoyens pour ce qui est d'échanger des informations collectivement et de mettre le cap sur le changement. Ils comprennent cela clairement et pas seulement au cours d'une campagne électorale; ils savent que c'est un processus permanent qu'ils ont par rapport aux citoyens en matière d'information.

Le président : Merci, madame Slotek. Docteur Millar, je crois que c'est à vous.

Dr Millar : La question de la peur a été soulevée, la peur de divulguer des données, mais il y a aussi la peur « inverse », soit la peur de voir sa vie privée minée. Je vais donc revenir à ce que je disais à propos de la nécessité d'instaurer un dialogue public.

À propos de votre question, pourquoi ne pouvons-nous faire la même chose partout au pays pour que les données locales soient accessibles? Terre-Neuve a investi des millions de dollars dans l'affaire. Comme la province l'a fait et qu'elle a partagé si librement le fruit de son travail avec autrui, la circulation est incroyablement bon marché. En Colombie-Britannique, il ne nous faut que 600 000 \$ pour reproduire ce que Terre-Neuve a fait. Ce n'est pas coûteux.

L'autre « mais » de taille, ici — et Mme Slotek en a touché un mot —, c'est qu'il faut plus que l'accès aux données pour que tout cela fonctionne. Il faut qu'il y ait quelqu'un de la collectivité qui sache quoi en faire. Il faut la capacité de comprendre et d'analyser les données, de les rendre utiles. Il faut aussi le processus de mobilisation qui fera que ça ne se trouvera pas uniquement entre les mains du conseil municipal, mais qui permettra de mobiliser les éléments les plus vulnérables de la population aussi.

C'est faisable. À relativement peu de frais, on pourrait reproduire cela.

Ms. Steenberg: Most of my comments were covered by the other panellists. You talked about two points — who will use it and how do we get it together?

In terms of using it at the community level, a number of examples have been mentioned. The one I spoke about concerning the early development index or early childhood education is one I find most widespread at the moment and growing in popularity. It concerns taking a look at a neighbourhood and at childhood readiness for school and then being able to compare neighbourhoods with similar profiles but with different outcomes in terms of readiness so that they then go back and say, over and above the demographic profiles, what are the differences in these neighbourhoods? That is where you come to looking at assets, which you will not get relevant data of from the census. You will have to get data from local sources, and you need it to be very particular and very specific to that area.

Basically, all of these people, anyone using this data, are using it to say: What can we do to make things better? Given this, what worked here? Why do we think it worked there? Might it work there? Did it work here? How do we know it worked? Was it the right thing? All of these questions are what you need the data to answer. Those are the users at the community level.

Finally, the capacity question that you raised is important. That is why the community social data strategy is what they call a data liberation initiative with two objectives. One objective is the transactional thing about getting the data; the other is teaching people how to use the data. Municipalities have the most sophisticated data users probably in the country at that level. They are also enabling the community to learn how to use data and how to do analysis.

Senator Pépin: It is an elimination process.

Ms. Steenberg: Exactly.

Senator Pépin: If I understand correctly, we need someone to do the coordination. For example, if the federal government had the political will and used money to help all the provinces and the municipalities to say, “Let us get on with it and everyone collect the data,” someone must do the coordination and collect the data, distribute it and have people working together at one level. This is very important.

Right now, we have the municipalities, some provinces, and I think it would be interesting if the federal government had some input and distributed money to help them run it in a better way. It seems that it is quite expensive to get this through Statistics

Mme Steenberg : Les autres témoins ont commenté les questions que je voulais soulever. Vous avez parlé de deux points : qui va s’en servir et comment mettre tout cela ensemble?

Pour ce qui est de s’en servir à l’échelle communautaire, il y a plusieurs exemples qui ont été mentionnés. Celui que j’ai évoqué moi-même, à propos de l’indice du développement de la petite enfance ou de l’éducation à la petite enfance, renvoie à la pratique qui me paraît être la plus largement répandue en ce moment et qui gagne en popularité. Il s’agit de regarder un quartier et l’état de préparation des enfants aux études, puis de comparer des quartiers dont le profil est semblable, mais dont l’état de préparation est différent, de manière à pouvoir revenir et dire : au-delà des profils démographiques, quelles sont les différences qui existent entre ces quartiers-là? Il est question de déterminer quels sont les atouts en jeu, mais ce sont des données que ne permet pas de recueillir le recensement. Il vous faudra aller chercher les données auprès de sources locales, et il faut que ce soit très particulier et très spécifique, pour la zone visée.

Essentiellement, tous les gens en question, qui comptent utiliser ces données, utilisent ces données pour dire : que pouvons-nous faire pour améliorer les choses? Étant donné le problème qu’il y avait-là, qu’est-ce qui a fonctionné? Pourquoi sommes-nous d’avis que cela a fonctionné là? Est-ce que ça pourrait fonctionner ici? Est-ce que ça a fonctionné ici? Comment savons-nous que ça a fonctionné? Était-ce la chose à faire? Toutes ces questions-là, il faut les données pour y répondre. Ce sont les utilisateurs à l’échelle communautaire.

Enfin, vous avez soulevé la question de la capacité, qui est importante. C’est pourquoi la stratégie d’accès communautaire aux statistiques sociales est ce qu’on appelle une initiative de libération des données comportant deux objectifs. Parmi les objectifs, il faut compter l’opération elle-même, soit le fait d’obtenir les données; l’autre objectif, c’est d’enseigner aux gens comment utiliser les données. À ce niveau-là, les utilisateurs de données des municipalités sont probablement les plus experts qui soient au pays. De même, les municipalités aident la collectivité à apprendre comment utiliser les données et comment procéder à une analyse.

Le sénateur Pépin : C’est un processus d’élimination.

Mme Steenberg : Exactement.

Le sénateur Pépin : Si je comprends bien, il nous faut quelqu’un qui s’occupera de la coordination. Par exemple, si le gouvernement fédéral avait la volonté politique d’agir et qu’il versait une aide financière à l’ensemble des provinces et des municipalités en disant : « Allons de l’avant, tous, collectez donc les données », quelqu’un doit faire le travail de coordination et recueillir les données, les diffuser et faire en sorte que les gens puissent travailler ensemble à un niveau. C’est très important.

En ce moment, il y a les municipalités et certaines provinces qui sont dans le coup, et je crois qu’il serait intéressant que le gouvernement fédéral ait son mot à dire et verse des sommes d’argent pour aider les gens à mieux diriger l’affaire. Il semble que ce soit assez coûteux de passer par Statistique Canada pour cela.

Canada. Also, there should be a board to coordinate everything and stipulate what is the best thing to do. That is what I understood.

The Chair: We never have enough time on these panels, and we are out of time again.

One of the groups we did not mention was Infoway. I am sure, Dr. Millar, you were involved, as I was, in the birth of Infoway. For three years, we sat on a panel. They do have financial resources. Although we are a bit over time, I will entertain Mr. Frojmovic's intervention after this. Please go across the board and tell us how you think we might engage Infoway.

Ms. Slotek: I cannot comment because I do not know about that particular initiative.

Dr. Millar: Infoway is \$2 billion to essentially stimulate the creation of an electronic medical record across the country. It brings together the various clinical databases, diagnostic imaging, labs, doctors' records and so forth, putting that into a record.

Certainly, in the fullness of time, when that is fully implemented, Infoway will be an extremely valuable source of data but, again, I think we will be looking at some of the similar challenges around access to the data in there. How do we get it for the purposes that we want for a population health purpose? That will be the question. Even though it will exist and will be a rich source, the question will be accessibility.

Mr. Frojmovic: Yes to that. Maybe it is because we are in a senatorial environment that I am feeling philosophical and reflective, but this is something that Ms. Steenberg and I have talked about quite a bit.

The irony of this whole discussion is we are talking about the inability of individuals to get access to data about themselves, whether it is the census or administrative data in a hospital. All of this information has originated with individuals taking the time to share. You answer the phone; you fill out your census form; you go to the hospital; you fill out another form; it is all about individuals.

The thought that Ms. Steenberg has raised is the whole business of democracy, and a 21st century democracy must be about democratizing access to data. Individuals must have the right to be able to access the data they have helped create, not only because they should have the right to access that which they have helped create, but because it is important that they understand and have a full knowledge of what it means to live in this complex society.

De même, il devrait y avoir un conseil chargé de coordonner tout le travail et de prescrire ce qu'il vaut mieux faire. C'est ce que j'ai compris.

Le président : Le temps nous manque toujours quand nous écoutons ces groupes de témoins et, encore une fois, il n'y a plus de temps.

Il y a un des groupes que nous n'avons pas mentionné, soit l'InfoRoute Santé. Monsieur Millar, je sais que vous avez participé, tout comme moi, à la naissance de l'InfoRoute. Pendant trois ans, nous avons siégé à un même comité. C'est un projet qui compte bel et bien sur des ressources financières. Nous avons dépassé le temps alloué, mais je vais quand même permettre à M. Frojmovic d'intervenir là-dessus. À tous, je demande de nous dire comment nous pourrions mettre à profit l'Info-Route.

Mme Slotek : Je ne peux commenter la question parce que je ne suis pas au courant de cette initiative particulière.

M. Millar : L'InfoRoute est un projet de deux milliards de dollars qui vise essentiellement à susciter la création d'un dossier médical électronique partout au pays. Le projet réunit les diverses bases de données cliniques, l'imagerie diagnostique, les laboratoires, les dossiers des médecins et ainsi de suite; tout cela entrerait dans la composition d'un dossier.

Certainement, une fois mise en œuvre sur toute la ligne, dans le temps voulu, l'InfoRoute représentera une source de données extrêmement précieuse, mais, encore une fois, je crois que nous allons envisager à son sujet des défis semblables à ceux qui ont été évoqués concernant l'accès aux données. Comment l'obtenir aux fins qui sont les nôtres, pour la santé de la population? Ce sera là la question. Même si ça existe et que c'est une source abondante de données, la question demeurera celle de l'accessibilité.

M. Frojmovic : À cela, je dis oui. Peut-être est-ce parce que nous sommes au Sénat que je me sens porté sur la philosophie et la réflexion, mais c'est une chose dont nous avons beaucoup parlé, Mme Steenberg et moi.

Ce que toute cette discussion a d'ironique, c'est qu'il est question de personnes qui ne sont pas capables d'accéder aux données elles-mêmes, qu'il s'agisse de données du recensement ou de données administratives d'un hôpital. Or, toutes ces données-là existent parce qu'il y a des gens qui ont pris le temps de les échanger au départ. Vous répondez au téléphone; vous remplissez le formulaire du recensement; vous allez à l'hôpital; vous remplissez un autre formulaire; tout cela, ce sont des gens qui échantent.

Suivant la réflexion de Mme Steenberg, cela est affaire de démocratie; or, une démocratie du XXI^e siècle doit démocratiser l'accès aux données. Les personnes doivent avoir le droit d'accéder aux données qu'elles ont aidé à créer, non seulement parce qu'elles ont le droit d'accéder à la chose qu'elles ont aidé à créer, mais aussi parce qu'il importe qu'elles comprennent et qu'elles saisissent pleinement ce que cela veut dire que de vivre dans la société complexe qui est la nôtre.

At that level, clearly there is a role for a federal government to help bring about more of a sense of democracy in Canada. Being part of a modern democracy is not just about voting. It is about access to data, social data, health data and social determinants of health data.

I will end it on that note. This is about democracy, basic democracy, and basic rights of having access to that which you have created.

The Chair: Thank you so much, all of you, for giving us your time so freely, for helping us out. We probably will be back to you as our report unfolds.

For now, our time is up.

The committee adjourned.

À ce niveau-là, sans nul doute, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer pour favoriser davantage une attitude démocratique au Canada. Faire partie d'une démocratie moderne ne se résume pas au seul fait de voter. C'est aussi l'idée d'accéder aux données, aux données sociales, aux données sur la santé et aux données sur les déterminants sociaux de la santé.

Je terminerai là-dessus. C'est une question de démocratie, une question fondamentale de démocratie et de droits fondamentaux prévoyant l'accès à ce que l'on a créé.

Le président : Merci à chacun d'entre vous d'avoir fait don de votre temps si librement, pour nous aider. Nous allons probablement communiquer avec vous de nouveau au fil de la production de notre rapport.

Pour aujourd'hui, notre temps est terminé.

La séance est levée.

SENATE



SÉNAT

***POPULATION HEALTH POLICY:
ISSUES AND OPTIONS***

**Fourth 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
ABOUT THE SUBCOMMITTEE	1
WHAT IS POPULATION HEALTH?	3
WHAT ARE THE DETERMINANTS OF HEALTH?	4
WHAT IS THE IMPACT OF HEALTH DETERMINANTS?	5
HOW SERIOUS ARE HEALTH DISPARITIES IN CANADA?	6
<i>Early Childhood Development</i>	7
<i>Income and Socio-Economic Status</i>	7
<i>Education</i>	8
<i>Geography</i>	8
<i>Aboriginal Status</i>	8
<i>Gender</i>	9
<i>Other</i>	9
WHY GOVERNMENTS SHOULD IMPLEMENT POPULATION HEALTH POLICY	10
WHICH ISSUES MUST BE ADDRESSED AND WHAT OPTIONS ARE AVAILABLE?	11
Issue 1: Tracking Health Outcomes and Supporting Research on Interventions to Enhance the Health of the Population	11
<i>Possible Option: Expand and Enrich the Population Health Database</i>	12
<i>Possible Option: Invest in More Population Health Research and Enhance the Translation of Knowledge</i>	13
Issue 2: Reorienting Government Policy	13
<i>Possible Option: Undertake an Interdepartmental Spending Review</i>	14
<i>Possible Option: Establish Health Goals</i>	15
<i>Possible Option: Require Health Impact Assessment (HIA)</i>	16
<i>Possible Option: Implement a Federal Population Health Strategy</i>	17
<i>Possible Option: Establish a F/P/T Population Health Policy Framework</i>	19
<i>Possible Option: Strengthen Intersectoral Action: Engaging Communities</i>	20
Issue 3: Implementing an Aboriginal Population Health Strategy	21
<i>Possible Option: Implement a Comprehensive Aboriginal Population Health Strategy</i>	22
<i>Possible Option: Adopt a Step-by-Step Approach to Implementation of an Aboriginal Population Health Strategy</i>	23
<i>Possible Option: Strengthen Peer-Learning Among Aboriginal Populations</i>	23
Issue 4: Fostering Political Will	24
<i>Possible Option: Raise Public Awareness</i>	24
<i>Possible Option: Mobilize and Engage the Non-Health Sector in Population Health Action</i>	25
<i>Possible Option: Build Consensus Among Key Stakeholders on Priority Actions</i>	26
APPENDIX 1 - WITNESS LIST	27

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 Toyé, 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 from the *Journals of the Senate* of Tuesday, November 20, 2007:

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

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health — including the effects of these determinants on the disparities and inequities in health outcomes that continue to be experienced by identifiable groups or categories of people within the Canadian population;

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

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

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

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

After debate,

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

MEMBERSHIP

The following Senators have participated in the study on the inquiry on the issue of *Population Health Policy: International Perspectives* of the Subcommittee on Population Health:

The Honourable, Wilbert Joseph Keon, Chair of the Committee

The Honourable Lucie Pépin, Deputy Chair of the Committee

The Honourable Senators:

Bert Brown

Catherine S. Callbeck

Ethel M. Cochrane

Joan Cook

Joyce Fairbairn, P.C.

Ex-officio members of the Committee:

The Honourable Senators: Céline Hervieux-Payette, P.C. or (Claudette Tardif) and Marjory LeBreton, P.C., or (Gérald J. Comeau)

Other Senators who have participated from time to time on this study:

The Honourable Senators: Art Eggleton, P.C., Jim Munson, and Hugh Segal

ABOUT THE SUBCOMMITTEE

In February 2007, during the 1st Session of the 39th Parliament, the Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology received a mandate from the Senate to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population – referred to collectively as determinants of health. The Senate renewed the mandate of the Subcommittee in October 2007, at the beginning of the 2nd Session of the 39th Parliament. Included as a central element of the study is identification of the actions that must be taken by the federal government to implement population health strategies.

The Subcommittee divided its study into two phases. The goal of the first phase was to gather evidence on the development and implementation of population health policy in various jurisdictions. Three reports were tabled in the Senate:

- *Population Health Policy: International Perspectives* (February 2008) presents an analysis of government policy to improve population health and reduce health disparities in Australia, England, Finland, New Zealand, Norway and Sweden;
- *Maternal Health and Early Child Development in Cuba* (February 2008) summarizes the Subcommittee's findings on the content, structure, cost, management and impact of maternal health programs and early childhood education initiatives in Cuba.
- *Population Health Policy in Canada: Federal and Provincial/Territorial Perspectives* (April 2008) describes previous efforts of the federal, provincial and territorial governments to develop and implement population health policy.

This report on issues and options has been developed on the basis of the findings and observations of the three phase one reports; it marks the start of the second phase of the Subcommittee's work. Its purpose is to: outline the major issues facing the development of population health policy in Canada; present policy options to a) improve overall health status and b) reduce health disparities; and launch a public debate on the role of the federal government in the development and implementation of population health policy.

With respect to the latter purpose, this paper forms the basis for public hearings and consultations with Canadians across the country. The consultation process will run through 2008; we expect to table the final report containing our recommendations in December 2008. We strongly encourage readers to review this paper carefully together with its three companion reports when preparing submissions to the Subcommittee. The deadline for written submissions is June 30, 2008. They should be sent to:

The Senate Subcommittee on Population Health
The Senate of Canada
Ottawa, Ontario
Canada, K1A 0A4
Email: SOC-AFF-SOC@sen.parl.gc.ca
Fax: 613-947-2104

WHAT IS POPULATION HEALTH?

Although population health is an old and familiar term, surprisingly it does not yet have an agreed-upon international definition. When speaking about policies and approaches to improve health status and reduce health disparities, in Canada, we use the term “population health”; Sweden calls it “public health,” while in Finland the reference is to “health in all policies.” In Canada, we usually talk about “health determinants” while the WHO Commission on Social Determinants of Health, headed by Sir Michael Marmot, speaks of the “social determinants of health”; similarly for “health disparities” and “health inequities.” In our opinion, thinking and communicating clearly about population health concepts is essential for policymakers, politicians and the public to improve understanding of population health and take action to reduce health disparities. In this paper and throughout the Subcommittee’s study, the Canadian terminology is used:

- **Population health** refers to health outcomes and their distribution in the population. The health status of individuals and the population is influenced by the complex interaction of a wide range of determinants over the life course.
- The **determinants of health** encompass a wide range of personal, social, economic and environmental factors that include, for example, education; employment, income, social status, housing, gender, and culture, to name a few. Differences in health status result from the combination and interaction of health determinants and give rise to health disparities between individuals and among various segments of the population.
- **Health disparities** or health inequalities represent the variation or differences in health status, resulting from the distribution of the effects of health determinants between and among different population groups. Some disparities in health are attributable to biological variations or free choice and, as such, are essentially unavoidable; others result from the external environment and other conditions that, while largely outside the control of the individuals affected, are amenable to mitigation by the implementation of well-crafted public policy.
- A **population health policy** or population health approach refers to public policy the purpose of which is to improve or enhance the health of the population and to reduce health disparities by addressing, in a coordinated fashion, the range of determinants that influence health. Such an approach requires intersectoral action, that is, coordination among and collaboration with a variety of stakeholders.

- **Intersectoral action** for population health has two dimensions: horizontal and vertical. The horizontal dimension links different sectors such as education, health, the environment, etc. Within a single government, this can be referred to as an interdepartmental or whole-of-government approach. The vertical dimension links sectors at different levels; for example, the federal, provincial/territorial, regional, and local or municipal governments are linked both together and with groups, institutions, and organizations in the community. Intersectoral action is most successful when it results in a “win-win” situation, whereby the participants at every level gain something.

WHAT ARE THE DETERMINANTS OF HEALTH?

The determinants of health encompass personal, social, economic and environmental factors. The following health determinants are identified in the Canadian literature:

- **Early Child Development:** Prenatal and early childhood experiences have a powerful effect on the person’s subsequent health, well-being, coping skills and competence.
- **Education:** Health status improves with educational attainment. Education can increase income and job security, and give people a sense of control over their life circumstances – key factors in good health.
- **Employment and Working Conditions:** Aside from the obvious effects of hazardous working conditions, poor health is associated being unemployed or underemployed, having stressful duties at work, and with having little control over one’s work circumstances.
- **Income and Social Status:** Health status improves at each step up the income and social hierarchy. Although prosperity itself makes a difference, narrow income disparity, i.e. an equitable distribution of wealth, is more important to the health of the population.
- **Social Environments:** The values and norms of a society can support or undermine individual and population well-being. Social stability, the welcoming and accommodation of diversity, safety, and cohesive, supportive communities all encourage good health.
- **Physical Environments:** Clean air, water and soil are vital to a healthy population, as are the human-made elements of our physical environment: adequate housing, safe workplaces and communities, well-designed cities, roadways, etc.

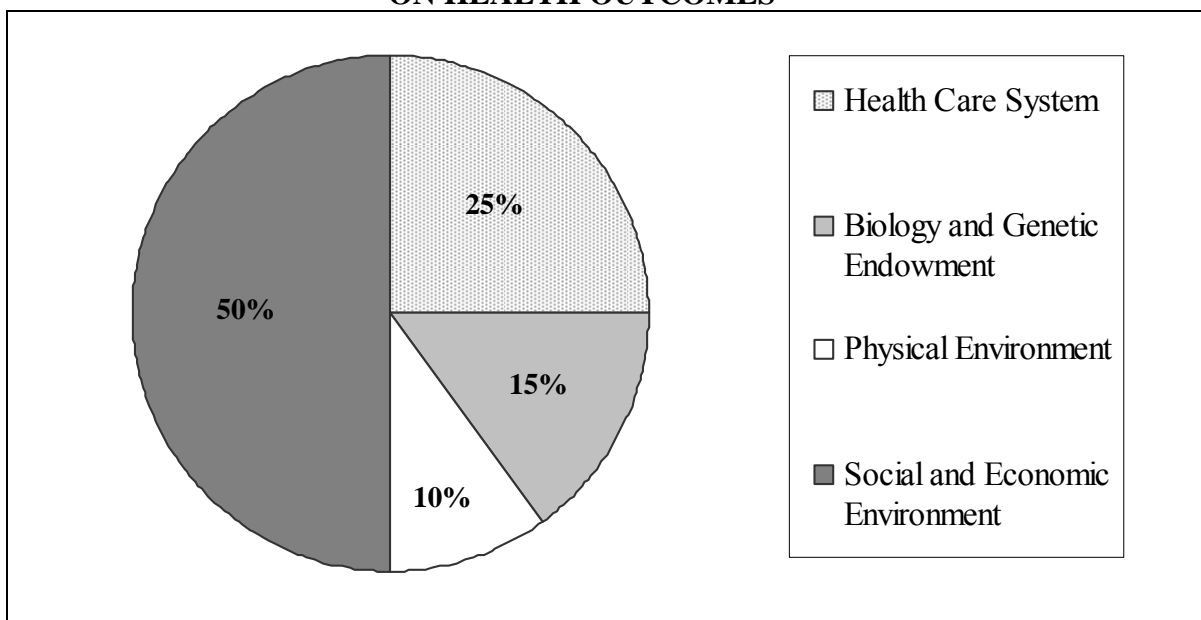
- **Social Support Networks:** Supportive families, friends and communities are strongly associated with high health status.
- **Lifestyle, Personal Health Practices and Coping Skills:** Personal practices and habits of daily living such as smoking, drug use, eating, and physical activity affect health and well-being. People who practice healthy behaviours and who feel effective in their own lives are likely to be successful in sustaining good health.
- **Biology and Genetic Endowment:** Biological influences on health include heredity, the function of body systems, and the processes of development and aging.
- **Gender:** Society ascribes different roles, personality traits and relative power to males and females, all of which can affect people's health. Women, for example, are more vulnerable to sexual or physical violence, low income, single parenthood, and health risks (e.g.: accidents, STDs, etc.).
- **Culture:** Race, ethnicity or cultural background can influence population health by affecting its member's vulnerability to the risks to which they are jointly exposed.
- **Health Care:** Health care services, particularly those designed to maintain and promote health, to prevent disease and injury, and to restore health and function to individuals impaired by illness, injury, or other causes, is also a significant contributor to population health.¹

WHAT IS THE IMPACT OF HEALTH DETERMINANTS?

Research has estimated that 15% of the population's health is attributable to biology and genetic factors, 10% to the physical environment, 25% to the reparative work of the health care system, while, fully 50% is attributable to the social and economic environment (see Figure 1). Clearly, health is much more than health care and of them all, the socio-economic environment is the most powerful of the determinants of health.

¹ Adapted from: 1) Health Canada, *Towards a Common Understanding: Clarifying the Core Concepts of Population Health*, Discussion Paper, December 1996 <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/docs/common/index.html> and 2) National Collaborating Centre for Determinants of Health, *Determinants of Health*, 2007 <http://www.nccdh.ca/node/27>.

FIGURE 1
ESTIMATED IMPACT OF DETERMINANTS OF HEALTH
ON HEALTH OUTCOMES



Source: Estimation by the Canadian Institute for Advanced Research. Graph reproduced from the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *The Health of Canadians - The Federal Role, Volume One: The Story so Far*, March 2001.

Yet, knowledge and understanding about the determinants of health remains remarkably deficient. In the general public, there is a high interest in health care issues but only one in three Canadians understand the links between health and its broader non-medical determinants (e.g. income, education, housing).²

HOW SERIOUS ARE HEALTH DISPARITIES IN CANADA?

Wide disparities in health exist among Canadians. While many whose health is good can expect to live long and comfortable lives, significant and avoidable ill-health is experienced by many people. Although this ill-health is distributed throughout the whole population, it is borne disproportionately by specific groups, notably Aboriginal peoples and individuals and families whose incomes are low.

² Elyzabeth Gyorfy-Dyke, *Social Determinants of Health in Canada*, Canadian Population Health Initiative, CIHI, 8 November 2005. http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/SDOH_Sept_2005.pdf

Following are a few examples of health disparities and the effect of different determinants on the health of various components of the Canadian population:

Early Childhood Development

- Prolonged and intensive stress in childhood can disrupt early development of the brain and compromise functioning of the nervous and immune systems. Children brought up in adverse environments are predisposed to social maladjustment and difficulties in school as well as to a range of health problems later in life including coronary heart disease, hypertension, type II diabetes, substance abuse, and conditions affecting their mental health.³
- Immigrant, Aboriginal and low income children, and those living in rural and remote communities are more at risk than others of experiencing a poorer start in life. Distance, availability and affordability are all significant barriers of access to early childhood education programs as are cultural barriers to Aboriginal and immigrant children when local child programming may not be culturally relevant or be provided in an unfamiliar language.⁴

Income and Socio-Economic Status

- In 2005, 15% of all Canadians were living in poverty,⁵ and income inequality is increasing.⁶ The wealthy live longer than the poor, and experience less chronic illness, obesity, and mental distress.⁷
- One in five Canadian children are clinically underweight at birth and, therefore, at increased risk for a number of adverse health and developmental conditions later in life.⁸ Low birth-weight children from privileged backgrounds, however, still have a developmental advantage over normal birth-weight children born into under-privileged backgrounds.⁹

³ Hon. Margaret Norrie McCain, J. Fraser Mustard and Stuart Shanker, *Early Years Study 2: Putting Science into Action*, Council for Early Child Development, 2007. <http://wwwFOUNDERS.net/fn/news.nsf/24157c30539cee20852566360044448c/5e0d29958d2d7d04852572ab005ad6a6!OpenDocument>

⁴ Public Health Agency of Canada.

⁵ National Council on Welfare, *Poverty Trends in Canada*, Solving Poverty Information Kit, June 2007. <http://www.ncwcnbes.net/en/publications/pub-126.html>

⁶ Andrew Heisz, *Income Inequality and Redistribution in Canada: 1976-2004*, Catalogue no. 11F0019MIE - No. 298, Statistics Canada, 2007.

⁷ Morton Beiser and Miriam Stewart, "Reducing Health Disparities: A Priority for Canada," *Canadian Journal of Public Health*, Volume 96, Supplement 2, March-April 2005. <http://acsp.cpha.ca/shared/cjph/archives/2005/abstr2-s.htm>

⁸ Canadian Population Health Initiative, *Improving the Health of Canadians*, CIHI, 2004. http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_39_E&cw_topic=39&cw_rel=AR_322_E

⁹ Canadian Institutes of Health Research, *Population Health*, 2005-2006. http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/population_health_mpk0506_e.pdf

- In 2000-2001, twice as many men and women in Canada's highest income group rated their health as excellent compared with those in the lowest income group.¹⁰

Education

- Almost half of all Canadian adults lack the literacy necessary to participate fully in our knowledge-based economy. They face high levels of unemployment and, consequently, often live in unstable environments. Illiterate families face direct health risks derived from, for example, difficulty reading instructions for baby formulae, medications, or educational materials about health and safety.¹¹
- The diets of families whose members are better-educated and have higher incomes more closely adhere to nutritional guidelines than of those with less education and lower incomes. Inadequate diet is linked to the development of many diseases.¹²

Geography

- While Canada's life expectancy is among the longest in the world, it varies by 11 years across the country from a low 70.4 in Nunavut to a high 81.2 in British Columbia.¹³
- There is also considerable variability among provinces and territories in the percentage of people reporting their health to be excellent or very good, from a high of 68% in Newfoundland and Labrador to a low of 51% in Nunavut.¹⁴
- Measured between 1997 and 1999, life expectancy in Montréal was 78.5 years. But, it varied among neighbourhoods from a low of 71.6 to a high of 82.3 years.¹⁵

Aboriginal Status

- The socio-economic status of Aboriginal Peoples – First Nations, Inuit and Métis – is lower than that of non-Aboriginal Canadians on virtually every measure (low income, high unemployment, lower educational attainment).¹⁶
- On average, First Nations and Inuit peoples' life expectancy is five to 10 years less than Canadians as a whole. Infant mortality rates among First Nations on reserve and Inuit are two to three times the Canadian rate overall. Injuries are the biggest contributor to premature death amongst the First Nations population on reserve, four times that of the Canadian population as a whole.¹⁷

¹⁰ *Improving the Health of Canadians*, 2004.

¹¹ Morton Beiser and Miriam Stewart (2005), *op. cit.*

¹² Canadian Institutes of Health Research (2005-2006), *op. cit.*

¹³ Statistics Canada, *Table 102-0511 - Life expectancy, abridged life table, at birth and at age 65, by sex, Canada, provinces and territories, annual 2004, 2005.*

¹⁴ Canadian Population Health Initiative, *Improving the Health of Canadians: An Introduction to Health in Urban Places*, CIHI, 2006.
http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_471_E&cw_topic=471&cw_rel=AR_1217_E

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Improving the Health of Canadians*, 2004.

¹⁷ *Ibid.*

- At least 33% of First Nations and Inuit people, compared to 18% of non-Aboriginal people, live in inadequate, unsuitable or unaffordable housing. Poor housing is associated with a host of health problems. For example, crowded housing is associated with increased rate of tuberculosis; among First Nations in the 1990s the incidence of tuberculosis was at least seven times higher than that of Canada overall.¹⁸
- Youth suicide rates among First Nations are five to seven times higher, and among Inuit youth 11 times higher, than among their non-Aboriginal peers.¹⁹

Gender

- While women live six years longer than men, they are more likely to experience chronic conditions and limitations on their activity long-term. As for the effect of poverty, the probability of survival to age 75 for men in 1996 was 68.6% in the richest neighbourhoods and only 53.4% in the poorest. For women, the probabilities were 79.7% and 73.0% respectively.²⁰
- The rate of smoking among certain groups of women is increasing at an alarming rate, as are its consequences, particularly cancer, respiratory and cardiovascular disorders. Single parents (primarily women), unpaid caregivers, homosexuals, bisexuals, and transgendered people are also at particular risk for compromised health.²¹

Other

- Over an eight-year period (1994/1995-2002/2003), recent immigrants from non-European countries were twice as likely as those born in Canada to report deterioration in their health, despite the fact they were generally in better health when they arrived in Canada than those born here.²²
- Individuals who lack control over their work environment are more likely to develop and die from cardiovascular disease.²³
- Smoking, obesity, high stress, low household income, and a weak sense of community all have significant negative effects on health status.²⁴

The Subcommittee believes it is unacceptable for a privileged country like Canada to continue to tolerate such disparities in health. Our challenge is to find ways to improve the health of all Canadians to equal that of those who experience the best health,

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Public Health Agency of Canada.

²⁰ Brent Moloughney, *Housing and Population Health: The State of Current Research Knowledge*, Canadian Population Health Initiative, CIHI, 2004.
http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_1129_E

²¹ Morton Beiser and Miriam Stewart (2005), *op. cit.*

²² Canadian Institutes of Health Research (2005-2006), *op. cit.*

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.*

regardless of their ethnicity, social or economic position. Furthermore, we believe that the actions necessary to improve the situation will only be possible through concerted intersectoral action, difficult as we realize that is to achieve. But we know that there have been successes and we believe enough has been learned to take action successfully.

WHY GOVERNMENTS SHOULD IMPLEMENT POPULATION HEALTH POLICY

There are sound economic and social reasons to improve the health of the population. The benefits of a population health approach extend beyond improved health status and reduced health disparities to affect strongly economic and social conditions. Simply put, population health policies and programs foster economic growth, productivity and prosperity. Good health enables children to perform well in school. Good health enables people to be more productive and higher productivity, in turn, reinforces economic growth. Healthy citizens who are better engaged in their communities contribute to social cohesion. A healthy population requires less of government expenditures on income support, social services, health care, and security. Simply put, the Canada's health depends on the health of all Canadians.

Good health is not only a key asset for economic development. In our highly civilized country, health for all must surely be a prime social goal – a responsibility of society as a whole. Health is a fundamental human need and, therefore, a basic human right. Good health is essential for individuals and societies to function well. Therefore, health must be supported throughout all stages of life from conception to childhood through adulthood to old age. In addition to the sound economic reasons, we believe that governments have a moral obligation to foster the social and cultural conditions that empower individuals, communities and societies to create and maintain the conditions necessary for all citizens to live their lives in good health. This is a major challenge that can only be tackled through a whole-of-government approach in which health and health disparities are targeted in all policy fields (education, social and cultural services, economic policy, environmental policy, taxation, etc). Doing so, of course, will

require a profound structural change both in public policy and governments' approach to the development and implementation of public policy.

WHICH ISSUES MUST BE ADDRESSED AND WHAT OPTIONS ARE AVAILABLE?

Issue 1: Tracking Health Outcomes and Supporting Research on Interventions to Enhance the Health of the Population

Awareness is growing, in Canada and internationally, of the determinants of health, the broad range of factors that affect the health of populations and its distribution among groups of people. All the countries profiled by the Subcommittee – Australia, England, Finland, New Zealand, Norway and Sweden – have established sound databases to collect and monitor indicators of health. National institutes of public health monitor and report regularly on population health in Norway, Sweden and Finland. The extent of health disparities is particularly well documented in England and New Zealand. Moreover, Australia, Finland, Norway and Sweden have established national research programs on health disparities and on the effectiveness of government interventions to foster population health.

How does Canada compare in terms of collecting, monitoring and reporting on health outcomes and health disparities? The evidence obtained by the Subcommittee suggests that Canada has sound data on population health status by determinant 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 provincial sources of health indicators and health disparities are available including, to name a few, the Manitoba Population Health Data Repository, the Community Accounts in Newfoundland and Labrador, and the B.C Health and Wellness Survey. These sources of information are assets that can facilitate the development of the focused knowledge and evidence needed to move the population health agenda forward. But there remain substantial deficiencies, however,

with data and information generally, including particularly on the health status and disparities among Aboriginal Canadians.

Canada compares favourably in terms of 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, and other such organizations. What more can and needs to be done?

Possible Option: Expand and Enrich the Population Health Database

More and better, more complete data and information are needed to understand better the factors that affect population health in Canada. The nature of the relationships between health and its determinants is complex; it cannot be explained in terms of single, commonly-used measures of socioeconomic status, such as income, education, or occupation. We need to ask: do we have enough and sufficiently sensitive indicators to track and assess the extent of health disparities; where are the gaps in knowledge and how can we fill them; what can be done to improve the information available on health disparities among First Nations, Inuit and Métis peoples; should Canada establish a national information database system on the health of the population and on health disparities; what role should be played by Statistics Canada, the Canadian Population Health Initiative, Health Canada, the Public Health Agency of Canada, and provincial/territorial governments and their agencies in the establishment and maintenance of a national database system; who should take the lead in facilitating the development of such a system; what can be done to reduce duplication and overlaps and to leverage the finite resources available; are there countries or provinces/territories we could use as a model when developing a national database; how can a national database on health disparities be built on existing sources, such as the Canadian Population Health

Initiative and the Manitoba Centre for Health Policy; how much funding is necessary to establish a comprehensive, well-managed national information database system on population health?

Possible Option: Invest in More Population Health Research and Enhance the Translation of Knowledge

It is not clear how much Canada spends on population health research. The Subcommittee was told, however, that current funding does not reflect the burden of health disparities and that more practical evidence-based knowledge is needed on what works and what does not with respect to policy and program interventions intended to improve the health of the population. How much funding should the federal government devote to research on population health and health disparities? If more funding is required, from where should it come? Should a dedicated fund be established to support population health research? What proportion of this fund should be devoted to research on the effectiveness of government interventions to optimize the health of the population and to reduce health disparities? How can research on Aboriginal health and health disparities be fostered? Given that population health is affected by the policies and actions of so many sectors, how can the various research organizations at the federal, provincial, territorial levels as well as in the private sector, establish synergistic partnerships to build, strengthen and link the Canadian population health research community altogether? Who should take the lead in knowledge translation to improve the use of evidence generated from research to inform population health policy, practice and programs? Building on the current Canadian expertise, should we establish a national research agenda to coordinate research on population health and health disparities?

Issue 2: Reorienting Government Policy

There is no national plan in Canada to improve overall population health status and reduce health disparities. Our governments have not articulated the vision of a healthy society, much less the strategies or action-plans necessary to achieve it. At the

federal level, while it has talked about it, the government has not succeeded in implementing a comprehensive approach to population health.

In contrast, England has adopted a unique, whole-of-government policy to reduce health disparities involving 12 central departments and agencies together with a number of regional and local authorities. Specific national targets for reduced disparities have been set and national indicators developed to quantify regular reports on progress. Through an interdepartmental review, the UK Treasury identified how best public spending could be applied to reduce health disparities. In Sweden and Québec, public health legislation requires government departments and agencies to assess the health impacts of any proposed new law and regulation. The *Act* in Sweden also includes specific health objectives and measurable targets applicable to some 50 departments and agencies. Finland and Australia also encourage strongly the use of health impact assessment (HIA) for new legislation, regulations, and programs.

Possible Option: Undertake an Interdepartmental Spending Review

The Subcommittee has taken note that the support of finance departments was particularly important in every country, ensuring not only the availability of adequate funds to support the implementation of population health policy but also the compliance of other government departments with the health-oriented initiatives required. Whereas Health Departments often meet resistance and charges of “health imperialism” when seeking changes in other departments’ policies and programs that will improve health outcomes and reduce health disparities, when a central agency like Finance takes the lead genuine cooperation is far more forthcoming. England provides a good example. The spending review led by the Treasury in 2002 informed departmental spending plans for the 2003-2006 fiscal years and generated mandatory commitments for actions that, in sum, constituted implementation of a whole-of-government approach to reduce health disparities.

Should Finance Canada, in collaboration with other central agencies, conduct a similar interdepartmental spending review? Which federal departments should be subject to it? Should the outcomes result in mandatory commitments? Is this the most appropriate mechanism available to the federal government to stimulate implementation of a population health policy or should another approach be taken? If so, what should that approach be?

Possible Option: Establish Health Goals

Tangible, measureable health goals, objectives and targets are essential components of a population health strategy. They support identification of the areas on which to focus attention, determine the data to collect and indicators to monitor, establish benchmarks, and enable progress to be measured and reported. In the countries profiled by the Subcommittee, some goals and targets focused on specific health outcomes (e.g., reduced mortality and morbidity) while others focused on the adoption of healthier behaviours; only a few countries, like England and Sweden, set targets for the reduction of health disparities.

In Canada, each province articulated health goals between 1989 and 1998, that, by the end of the 1990s, were no longer being applied. In 2005, the F/P/T Ministers of Health established health goals for Canada that, to date, have neither evolved into a national strategy nor have resulted in measurable actions. Moreover, national targets have not been set to reduce health disparities. The Subcommittee believes that health goals can aid in mobilizing resources to support population health initiatives, in monitoring and reporting progress, and in stimulating work on the development of health indicators and of health information systems.

Should the federal government, when developing its population health policy, clearly enunciate health goals, objectives and targets? Which goals, objectives and targets would be most appropriate to inform policies to reduce health disparities? Should they be set in legislation as in Sweden? Is new legislation required or could the

necessary goals and targets by added to existing legislation by amendment? Are there better alternatives to legislation?

Possible Option: Require Health Impact Assessment (HIA)

The process of HIA is well developed and used in many of the countries reviewed by the Subcommittee. HIAs are performed for a variety of reasons, including addressing both the determinants of and disparities in health, assessing the role that non-health sector policies have in promoting and protecting good health, and ensuring that health-related issues are considered in government-wide policy making. In Sweden and New Zealand, unlike England where it has been advocated but never implemented, public health legislation has been employed to embed HIA as an integral government process.

In 1997, a recommendation was made to the federal Cabinet in the Memorandum on Population Health that HIA be employed on federal policies and programs. Similarly, the use of HIA has been promoted in a number of provinces and several provincial reports have recommended that HIAs be included in all Cabinet submissions. To date, only Québec has an *Act* to ensure that the impacts on health of proposed laws and regulations are assessed. The Subcommittee believes that HIA could be considered as one of the first steps toward the development of population health policy. Such assessments would lead to a better understanding of how most public policies influence population health in one way or another. In our view, HIA is a practical way to judge the potential health effects on the population of a given policy, program or project and in particular on vulnerable or disadvantaged groups; it could maximize the positive and minimize the negative health effects of proposals coming forward from all sectors of government.

Should the federal government establish a mechanism to allow for or require the application of HIA to all new public policy proposals? Would new legislation be required to do so? Is it realistic to envision HIA as a routine component of all new federal policies and programs? If HIA were to be introduced as a component of federal population health policy, what should be the role and responsibilities of Health Canada,

the Public Health Agency of Canada, and central agencies such as Finance Canada and the Treasury Board?

Possible Option: Implement a Federal Population Health Strategy

Although experts acknowledge that there is no single right way to enhance the health of the population or reduce health disparities, they all agree that the more focused and integrated a pan-government strategy for action, the greater the probability that health status and its distribution will change in the desired direction. Moreover, the Subcommittee's international review suggests that leadership at the highest levels, including from central agencies, is essential for a whole-of-government approach to population health to be successful. The United Kingdom provides an example of successful interdepartmental collaboration: the concerned Cabinet committee includes a dozen departments and addresses cross-cutting initiatives to improve health and reduce health disparities.

Something similar was attempted in Canada in 1997 with endorsement by the federal government of the Memorandum to Cabinet on Population Health; the proposal involved 18 departments with Health Canada in the lead. It failed in its interdepartmental co-ordinating role because significant funding cuts impeded implementation. Only Health Canada has applied a population health lens to its programs and initiatives. The lesson learned here is that although a formal commitment by government is a good first step, it must be accompanied with sustained, predictable funding to ensure interdepartmental action on population health and the policy's implementation over the long term. Shifting of the resources necessary to develop and implement population health policy is a long term process that can only be facilitated through a comparable long standing commitment on the part of successive governments.

Another approach identified in our international review is to link health explicitly to other policy fields. The population health policy emanating from the health departments in Finland, New Zealand, Norway and Sweden are linked to separate

policies on poverty, social inclusion, and social justice, all of which relate directly to underlying determinants of poor health (low income and unemployment, housing and homelessness, and social exclusion). Both Newfoundland and Labrador and Québec have adopted this approach. Elsewhere in Canada, whole-of-government approaches tend to be structured around single health determinants, such as ActNow BC's focus on personal health practices and Healthy Child Manitoba on early childhood development .

Thirty years ago the Canadian government was acclaimed worldwide for its leadership in elaborating the concept of population health and promoting population health policy. It is time, once again, for leadership in developing and implementing a pan-Canadian population health strategy. It is a feasible task, given the federal government's role in many policy areas that affect health – the environment, agriculture, economic policy, income support, health research, employment, taxation, etc. There is something there to build on. Health Canada developed in 2001 a template to guide the successful implementation of population health policy in the health sector and beyond.

How should the federal government proceed? Should it use Health Canada's 2001 template as a guide? Should it adopt the whole-of-government approach endorsed by Cabinet in 1997 together with a secure commitment of the necessary funds? If so, who should take on the role of champion for population health– Health Canada or a central agency like Finance or the Treasury Board? How can the central agencies be convinced and engaged in a whole-of-government approach to population health? What other federal departments and agencies should be involved?

Are there examples of the application of a whole-of-government approach that could be used as a model for a co-ordinated approach to population health – the National Family Violence Initiative, Tobacco Demand Reduction Strategy, or Sustainable Development Initiative, for example?

With such a wide-ranging and complex topic as population health, comprehensive, co-ordinated action on all determinants affecting the entire population

would be difficult to achieve in the short term. Would it be more effective for the federal government to take a step-by-step approach to implementing a population health strategy? If so, should the first steps focus on particularly vulnerable populations (Aboriginal peoples, children, low-income families, etc.) or should they emphasize particularly powerful health determinants such as early child development, housing, income support, etc.? Should the federal government consider developing and implementing a health strategy and a poverty strategy separately?

Possible Option: Establish a F/P/T Population Health Policy Framework

As in Australia, jurisdictional issues between the federal and provincial/territorial governments have been a constant element in the development of population health policy in Canada. Population health policy cuts across federal and provincial/territorial responsibilities; obviously a coordinating process is essential to achieve consensus and enhance collaboration. Between 1994 and 2004, the principal vehicle supporting intergovernmental dialogue and coordination in this field was the Advisory Committee on Population Health, a body reporting to the F/P/T Conference of Deputy Ministers of Health. This committee took a long-term, integrated view of the health of the population and advocated policy coherence across all relevant sectors. In its *Reducing Health Disparities* papers in 2004, for the first time in Canada, the F/P/T Advisory Committee on Population Health addressed health disparities from a systemic perspective, in contrast to dealing with health disparities affecting specific populations. Although a commitment in principle to address health disparities was secured at the F/P/T level, there has been no agreement subsequently on recommended actions and the designation of an organization to take the lead in addressing those disparities in Canada. Obviously, intergovernmental collaboration is essential to the successful implementation of either policies to reduce health disparities or, more generally, an overall population health strategy.

How can Canada turn knowledge into concrete action on population health at the F/P/T level? Does the current Public Health Network provide an effective forum

for population health policy discussion? Should the F/P/T Advisory Committee on Population Health be revived as a collaborative mechanism to develop a national population health strategy? Does the current Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy have the potential to significantly reduce health disparities? Could it be a useful step toward the development of a broader population health strategy?

Possible Option: Strengthen Intersectoral Action: Engaging Communities

Policy action across sectors is essential to address effectively the determinants of health and to reduce health disparities. To repeat what has been said above, this involves not only working across departments within one level of government, but with different governments, and non-governmental partners as well. Interventions at the community level are most successful in reaching vulnerable populations, creating local networks, and leveraging resources. In fact, the active participation of civil society groups has been identified as a key success factor in cases in which intersectoral policy on health determinants has worked well both at the local and national levels. There is no one ideal model to facilitate intersectoral action, but there are successful examples the federal government can build upon, such as the Urban Development Agreements and the National Homelessness Initiative.

To foster intersectoral action, the U.K. has created regional offices that bring together many departments under one roof; Saskatchewan and Newfoundland and Labrador, have established regional structures located outside health departments that appear to have been effective in promoting collaboration and partnerships. Manitoba has adopted a community economic development framework to guide provincial policy and program development.

In Cuba, polyclinics successfully reach and engage communities in health promotion, disease prevention and early diagnosis. These clinics are spread throughout the country, involve multidisciplinary teams (doctors, nurses, psychologists, social workers, dentists, speech and language therapists, etc.) and maintain close relationships

and have personal knowledge of the population they serve. Polyclinics break down silos through considerable integration of resources and sharing of responsibility, including medical/nursing training and education, data collection, scientific research and knowledge translation.

How can the federal government collaborate better with both governmental and non-governmental partners? Have the administrative and reporting requirements placed on community-based partner organizations in intersectoral initiatives improved? Do adequate evaluation processes exist to capture the outcomes of intersectoral initiatives in complex, dynamic environments? To what extent could the polyclinic model be adapted to the Canadian situation?

Issue 3: Implementing an Aboriginal Population Health Strategy

As described above, Aboriginal populations bear a disproportionate burden of the ill health, suffering, and social deprivation in Canada. Their health disparities originate in the broad determinants that affect all Canadians but also in determinants related to colonization, and their efforts to regain some level of self-determination and community control.

Given its special responsibility for Aboriginal peoples and its central role in the provision of programs and services, the federal government has a particular opportunity to engage Aboriginal leaders to find out how the application of a population health approach, together with Aboriginal concepts of health, could improve the focus, organization and delivery of those governmental services and lead to diminution of the disparities of health between those populations and other Canadians.

The need for better data on Aboriginal populations has been mentioned earlier; it is not repeated among the options below.

Possible Option: Implement a Comprehensive Aboriginal Population Health Strategy

The federal government can play a key role in addressing the health disparities, the unusually low health status, affecting Aboriginal peoples. It currently delivers a complex array of programs in sectors such as health, lifelong learning, safe and sustainable communities, housing, economic opportunity, land and resources, and governance and relationships. Thirty federal departments and agencies deliver some 360 programs and services at a cost of \$8.2 billion to Indians, Inuit and Métis. These programs and services, however, are not coordinated and integrated in ways that would optimally reduce health disparities. The first option would be for the federal government, and Aboriginal leaders to develop and implement a federal population health strategy by coordinating and integrating the activity of the different departments and agencies that have some responsibility for programs and services for Aboriginal Canadians. Who should take the lead and what mechanism should be used to ensure the active participation of Aboriginal Leaders in the development and implementation of this strategy?

The range of federal programs and services available to Aboriginal groups varies based on their status, negotiated agreements, jurisdiction, treaty obligations and policy decisions; some programs are delivered by Aboriginal governments themselves or are designed to complement other provincial, territorial and Aboriginal programs. In partnership with Aboriginal authorities at local, regional and national levels, should these policies be coordinated to improve their aggregate effect on the health of the population and to reduce health disparities between Aboriginal Canadians and others? Could Aboriginal communities with the capacity to discharge it have more authority over the resources available to them to strengthen local social, economic and cultural conditions in ways that produce better health outcomes?

The provincial/territorial governments also have responsibility for Aboriginal population health. This was clearly acknowledged in the 2005 Kelowna Accord, an ambitious ten-year plan to “close the gap” between Aboriginal and non-

Aboriginal Canadians in the areas of education, housing and infrastructure, health and economic opportunities – all key determinants of health. What can be done by federal, provincial and territorial governments separately and working together to advance the agenda on “closing the gap” for Aboriginal peoples?

Possible Option: Adopt a Step-by-Step Approach to Implementation of an Aboriginal Population Health Strategy

Rather than embarking on an approach across-the-board, the federal government could focus its population health strategy for Aboriginal peoples on selected determinants. For example, breaking the cycle of poverty and poor health that exists in many Aboriginal communities will require addressing three of the most fundamental determinants of health: income, education and housing. How do current policies and programs in these areas need to change?

Another possible option for the step-by-step approach would be to improve access to healthy food in remote communities. Currently, the federal Food Mail Program pays part of the cost of transporting nutritious perishable foods to isolated northern communities. Despite this subsidy, a nutritious diet in isolated northern communities costs roughly double what it would cost in southern Canada, a very heavy burden given the relatively high levels of un- and under-employment and of poverty in many such communities. By comparison, provincial regulations across the country ensure an equal price for alcohol regardless of location – a bottle in Northwestern Ontario costs the same as in Ottawa. Equalizing through subsidies the price of food for children makes more sense than doing so for alcohol! Should the Food Mail Program be enhanced? What other measures would improve access to nutritious food in remote communities?

Possible Option: Strengthen Peer-Learning Among Aboriginal Populations

While the situation overall is serious, not all Aboriginal groups have lower health status than other Canadians. Many First Nations have been effective in improving

health status in their communities and have suicide rates that are lower than provincial or Canadian averages. Despite the diversity of cultural and social conditions that exist between and among First Nations, Inuit and Métis populations, could the experience and ideas of leaders from resilient, successful communities benefit those who are doing less well? Could effective practices and approaches be shared with and adapted by Aboriginal communities? Should the federal government be supporting Aboriginal efforts to build capacity and strengthen leadership, and if so, how?

Issue 4: Fostering Political Will

Understanding the scale and causes of health disparities and identifying the most effective mechanisms for reducing them are fundamental. But that knowledge alone, while essential, is insufficient to bring about the necessary changes to policies and programs.

High-level leadership has proved to be key to most successful population health strategies internationally. But such strategies also require long-term continuity; too often they are derailed by changes in government or the adoption of different priorities by successive (or even the same) government.

Public awareness, support and engagement of the non-health sector, and consensus on key priorities is important to foster political will, generate the conditions necessary for action, and to sustain those actions over a longer term.

Possible Option: Raise Public Awareness

The impacts on health of personal lifestyle behaviours (such as eating habits, physical activity, smoking and drinking), access to health care and a healthy environment are recognized by the public; the impacts of the broader determinants, however, like early child development, education, income and social support seem to be less well understood. The Canadian media tends to overemphasize the significance of the

health care system and personal lifestyles on health and to underemphasize the role of the socio-economic environment. The general public does not easily relate to the theoretical concept referred to as “population health”. As governments are frequently guided by public opinion, there is a need to generate among the public a more balanced understanding of what creates and sustains good health.

How can we best capture the public’s interest in their own aggregate health status? What can be done to reframe the debate about health in Canada? Should the federal government be supporting public education and conducting awareness-raising campaigns on the extent and cost of health disparities? What role can the media play in enhancing public understanding of population health? Who would key partners be in changing public attitudes about health and health disparities?

Possible Option: Mobilize and Engage the Non-Health Sector in Population Health Action

Even though the determinants of health cut across many sectors, the Subcommittee’s federal, provincial/territorial and international review showed that the health sector remains overwhelmingly predominant when a population health approach is considered. The most successful models, however, unite a range of sectors. A key strength of Cuba’s polyclinics is their ability to integrate health, education, social services, science and knowledge translation in the delivery of services at the primary care level. In other words, the policy initiatives of all sectors must play a major leveraging role to address population health effectively; every sector must be actively engaged from the outset if health disparities are to be reduced.

Are there champions to carry the message to sectors other than health and convince them of the important stake they have in improving the health of the population? What evidence, promising practices, stories or arguments are sufficiently convincing? Once the other government sectors are convinced, how can they become actively engaged in population health? What can be done to recruit the private sector as a valuable supporter and strong advocate of reducing health disparities?

Possible Option: Build Consensus Among Key Stakeholders on Priority Actions

The scope of action available to government will be in part dictated by the level of support from a range of stakeholders. Building consensus both at the community level, among Canada's provinces and territories, and nationally will create a more favourable environment for population health policies. What actions are most likely to generate the most support from the widest spectrum of stakeholders? What strategies and tools are the most effective to build consensus on the need for action to reduce health disparities?

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

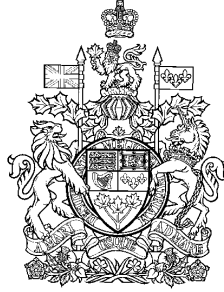
ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
University of British Columbia - Department of Psychology	Dr. Michael J. Chandler, University of British Columbia Professor and Distinguished Canadian Institutes for Health Research (CIHR) and Michael Smith Foundation for Health Research (MSFHR) Investigator	02-05-2007	3
National Aboriginal Health Organization (NAHO)	Carole L. Lafontaine, Acting Chief Executive Officer	02-05-2007	3
Toronto University	Dr. Kue Young, Professor, Department of Public Health Services	02-05-2007	3
Observatory on Ageing and Society (OAS)	Dr. André Davignon, Founder	16-05-2007	4
Nova Scotia Department of Health	Valerie J. White, Executive Director, Seniors Secretariat	16-05-2007	4
Public Health Agency of Canada - Division of Aging and Seniors	Margaret Gillis, Director	16-05-2007	4
Canadian Association on Gerontology	Mark Rosenberg, Professor Queen's University	16-05-2007	4
The CHILD Project	Dr. Hillel Goelman, Director, Senior Scholar, Human Early Learning Partnership (HELP)	30-05-2007	4
Canadian Institutes of Health Research	Dr. Michael Kramer, Scientific Director, Institute of Human Development, Child and Youth Health	30-05-2007	4
Council of Early Child Development	Stuart Shankar, Professor, President	30-05-2007	4

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
Manitoba Métis Foundation	Dr. Judy Bartlett, Director of Health and Wellness Department and Associate Professor, Department of Community Health Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba	31-05-2007	4
Métis National Council	David Chartrand, Minister of Health	31-05-2007	4
Métis National Council	Marc LeClair, National Advisor to the Minister of Health	31-05-2007	4
Métis National Council	Rosemarie McPherson, National Spokesperson for Women of the Métis Nation	31-05-2007	4
BC Ministry of Health	Dr. Evan Adams Aboriginal Health Physician Advisor, Office of the Provincial Health Officer	01-06-2007	5
Manitoba Métis Foundation	Dr. Judy Bartlett, Director of Health and Wellness Department and Associate Professor, Department of Community Health Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba	01-06-2007	5
Institute of Aboriginal Peoples' Health	Laura Commanda, Assistant Director, Partnerships, Knowledge Translation and International Relations	01-06-2007	5
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

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
National Association of Friendship Centres	Alfred J. Guay, Policy Analyst	01-06-2007	5
Assembly of First Nations	Valerie Gideon, Director of Health and Social Development	01-06-2007	5
University of Alberta	Malcom King, Professor, Department of Medicine	01-06-2007	5
Aboriginal Nurses Association of Canada	Julie Lys, Director, North West Territories Region	01-06-2007	5
Toronto University	Chandrakant P. Shah, Professor emeritus	01-06-2007	5
Congress of Aboriginal Peoples	Erin Wolski Health 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	France Gagnon, Professor and	05-12-2007	2

ORGANIZATION	NAME, TITLE	DATE OF APPEARANCE	ISSUE NO.
politiques et la santé	co-chair		
University of Montreal	Nicole Bernier, PhD, Assistant Professor	05-12-2007	2
U.K. Department of Health	Dr. Fiona Adshead, Director General of Health Improvement	11-12-2007	2
B.C. Interior Health Authority	Lex Baas, Director of Population Health	12-12-2007	2
University of British Columbia	James Frankish, Professor and Director	12-12-2007	2
Ontario Ministry of Health Promotion	Pegeen Walsh, Director, Chronic Disease Prevention	06-02-2008	3
Toronto Cental Local Health Integration Network	Laura Pisko-Bezruchko, Senior Director, Planning	06-02-2008	3
University of Ottawa Heart Institute	Dr. Andrew Pipe, Medical Director, Prevention and Rehabilitation Centre	06-02-2008	3
Canadian Institute for Health Information	Glenda Yeates, President and Chief Executive Officer	13-02-2008	3
Canadian Institute for Health Information	Keith Denny, Acting Manager	13-02-2008	3
University of Manitoba	Noralou Roos, Professor, Faculty of Medicine	13-02-2008	3
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 :
ENJEUX ET OPTIONS***

**Quatrième 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)
39^e législature – 2^{ième} session

TABLE DES MATIÈRE

ORDRE DE RENVOI	i
MEMBRES	ii
À PROPOS DU SOUS-COMITÉ	1
QU'ENTEND-ON PAR « SANTÉ DE LA POPULATION »?	3
QUELS SONT LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ?	4
QUELLE EST L'INCIDENCE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ?	6
QUELLE EST L'AMPLEUR DES DISPARITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ AU CANADA?	7
<i>Développement de la petite enfance</i>	7
<i>Revenu et situation socioéconomique</i>	8
<i>Niveau d'instruction</i>	8
<i>Contexte géographique</i>	9
<i>Situation des Autochtones</i>	9
<i>Sexe</i>	10
<i>Autres</i>	10
POURQUOI LES GOUVERNEMENTS DEVRAIENT-ILS METTRE EN ŒUVRE DES POLITIQUES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION?	11
QUELS SONT LES ENJEUX À EXAMINER ET QUELLES SONT LES OPTIONS QUI S'OFFRENT À NOUS?	12
Enjeu 1 : Faire le suivi des résultats obtenus en matière de santé et soutenir la recherche sur les interventions visant à améliorer la santé de la population	12
<i>Option : élargir et enrichir la base de données sur la santé de la population</i>	13
<i>Option : investir davantage dans la recherche sur la santé de la population et améliorer l'application des connaissances</i>	14
Enjeu 2 : Réorienter la politique du gouvernement	15
<i>Option : effectuer un examen interministériel des dépenses</i>	16
<i>Option : se fixer des buts en matière de santé</i>	16
<i>Option : exiger une étude d'impact sur la santé</i>	17
<i>Option : mettre en œuvre une stratégie fédérale sur la santé de la population</i>	19
<i>Option : établir un cadre de politique fédérale-provinciale-territoriale sur la santé de la population</i>	21
<i>Option : renforcer l'action intersectorielle et mettre les collectivités à contribution</i>	22
Enjeu 3 : Mettre en œuvre une stratégie sur la santé de la population autochtone	23
<i>Option : mettre en œuvre une stratégie globale sur la santé de la population autochtone</i>	24
<i>Option : adopter une approche par étape à l'égard de la mise en œuvre d'une stratégie sur la santé de la population autochtone</i>	25
<i>Option : renforcer l'apprentissage entre pairs dans les populations autochtones</i> ..	26

Enjeu 4 : Nourrir la volonté politique	27
<i>Option : sensibiliser le public</i>	27
<i>Option : mobiliser et mettre à contribution les secteurs autres que celui de la santé</i>	28
<i>Option : dégager un consensus chez les principaux intervenants sur les mesures prioritaires</i>	29

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, 1^{re} session de la 39^e législature
Barbara Reynolds, greffière du Comité, 2^e session de la 39^e législature

Louise Pronovost, adjointe administrative, 1^{re} session de la 39^e législature
Tracy Amendola, adjointe administrative, 2^e session de la 39^e 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

À PROPOS DU SOUS-COMITÉ

En février 2007, au cours de la 1^{re} session de la 39^e législature, le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a reçu du Sénat le mandat d'examiner l'incidence des multiples facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, collectivement appelés « déterminants sociaux de la santé », et d'en faire rapport. Le Sénat a reconduit le mandat du Sous-comité en octobre 2007, au début de la 2^e session de la 39^e législature. L'étude a principalement pour but de déterminer les mesures que doit prendre le gouvernement fédéral pour mettre en œuvre des stratégies sur la santé de la population.

Le Sous-comité a subdivisé son étude en deux étapes. Dans un premier temps, il a recueilli des renseignements sur l'élaboration et la mise en œuvre des politiques sur la santé de la population dans différents pays, provinces et territoires, et déposé trois rapports au Sénat :

- *Politiques sur la santé de la population : Perspective internationale* (février 2008) présente une analyse des politiques gouvernementales destinées à promouvoir la santé de la population et à réduire les disparités en matière de santé en Australie, en Angleterre, en Finlande, en Nouvelle-Zélande, en Norvège et en Suède;
- *La santé maternelle et le développement de la petite enfance à Cuba* (février 2008) résume les observations du Sous-comité quant au contenu, à la structure, au coût, à la gestion et à l'incidence des programmes de santé maternelle et d'éducation de la petite enfance à Cuba;
- *Politiques sur la santé de la population au Canada : Perspectives fédérales, provinciales et territoriales* (mars 2008) décrit les efforts déployés par le gouvernement fédéral de même que les provinces et territoires pour élaborer et mettre en œuvre des politiques sur la santé de la population.

Le présent rapport sur les enjeux et options a été élaboré à partir des conclusions et des observations formulées dans les trois rapports de la première étape et marque le début de la deuxième étape des travaux du Sous-comité. Il a pour but d'énoncer les grands enjeux liés à l'élaboration de politiques sur la santé de la population

au Canada, de présenter des options de politiques à adopter pour a) améliorer la santé en général et b) réduire les disparités sur le plan de la santé et de lancer un débat public sur le rôle du gouvernement fédéral dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques sur la santé de la population.

En ce qui concerne ce dernier objectif, le présent document tient lieu de point de départ aux audiences et aux consultations publiques qui auront lieu d'un bout à l'autre du pays. Les consultations s'étaleront sur toute l'année 2008 et le dépôt du rapport final faisant état de nos recommandations est prévu pour décembre 2008. Les lecteurs auraient tout avantage à examiner attentivement les trois rapports déposés antérieurement et le présent document au moment de préparer leur mémoire au Sous-comité. La date limite pour la présentation des mémoires a été fixée au 30 juin 2008. Les mémoires doivent être transmis à l'adresse suivante :

Le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations
Le Sénat du Canada
Ottawa (Ontario)
Canada, K1A 0A4
Courriel : SOC-AFF-SOC@sen.parl.gc.ca
Télécopieur : 613-947-2104

QU'ENTEND-ON PAR « SANTÉ DE LA POPULATION »?

L'expression « santé de la population » n'est pas nouvelle, mais il est étonnant de constater qu'elle n'a toujours pas de définition internationalement reconnue. Lorsqu'il est question de politiques et d'approches visant à améliorer la santé et à diminuer les disparités en matière de santé, l'expression couramment utilisée au Canada est « santé de la population »; en Suède, c'est la notion de « santé publique » qui a cours, alors qu'en Finlande, on parle de « santé dans l'ensemble des politiques ». Au Canada, nous utilisons habituellement l'expression « déterminants de la santé », tandis que la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, dirigée par Sir Michael Marmot, parle pour sa part de « déterminants sociaux de la santé », de « disparités en matière de santé » et d'« inégalités sanitaires ». À notre avis, il est essentiel que les décideurs, les élus et le public aient une compréhension commune et claire de ces notions pour que le sens de l'expression « santé de la population » soit mieux compris et qu'une intervention soit possible pour réduire les disparités en matière de santé. Dans le présent document et tout au long de l'étude du Sous-comité, nous avons utilisé la terminologie en vigueur au Canada, à savoir :

- La **santé de la population** correspond aux résultats en santé (ou au bilan de santé) et à la façon dont ils se répartissent dans la population. L'état de santé des individus et de la population en général est influencé par l'interaction complexe d'une vaste gamme de déterminants tout au long de la vie.
- Les **déterminants de la santé** font intervenir tout un éventail de facteurs individuels, socioéconomiques et environnementaux, comme le niveau d'instruction, l'emploi, le revenu, la situation sociale, le logement, le sexe et la culture, pour n'en nommer que quelques-uns. Parce que la combinaison et l'interaction des déterminants de la santé se répercutent différemment sur la santé, il y a parfois des disparités en matière de santé d'un individu à l'autre et d'un segment de population à l'autre,.
- Les **disparités** ou les inégalités **en matière de santé** correspondent aux variations ou aux différences observées dans l'état de santé, en raison de la façon dont les effets des déterminants de la santé se répartissent d'un groupe à l'autre au sein de la population. Certaines disparités en matière de santé sont attribuables à des variations biologiques ou à l'exercice d'un libre choix, et en ce sens, elles sont pour la plupart inévitables; d'autres, par contre, sont imputables à l'environnement extérieur ou à des situations

sur lesquelles les principaux intéressés ont fort peu de prise, mais qui peuvent être améliorées grâce à la mise en œuvre de politiques gouvernementales bien conçues.

- Une **politique sur la santé de la population** ou une approche en matière de santé de la population s'entend d'une politique gouvernementale qui vise à améliorer la santé de la population et à réduire les disparités en santé par l'adoption de mesures concertées qui tiennent compte de tout l'éventail de déterminants qui influent sur la santé. Une telle approche exige une intervention intersectorielle, c'est-à-dire une coordination et une collaboration entre divers intervenants.
- L'**intervention intersectorielle** en matière de santé de la population revêt deux dimensions : l'une horizontale et l'autre verticale. La dimension horizontale fait intervenir différents secteurs, comme l'éducation, la santé, l'environnement, etc. À l'intérieur d'une même administration, une telle approche est dite « interministérielle » ou « pangouvernementale ». La dimension verticale suppose une concertation de secteurs d'intervention à différents échelons gouvernementaux; par exemple, les gouvernements fédéral, provinciaux/territoriaux, régionaux et locaux ou municipaux s'allient à des groupes, des institutions et des organismes de la collectivité. L'intervention intersectorielle est fructueuse lorsque tous les participants à chaque échelon en sortent gagnants.

QUELS SONT LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ?

Les déterminants de la santé renvoient à des facteurs individuels, socioéconomiques et environnementaux. Voici une liste des déterminants de la santé qui sont recensés dans les ouvrages canadiens :

- **Développement de la petite enfance** : Les expériences vécues durant la période prénatale et la petite enfance ont d'importants effets sur la santé, le mieux-être et la capacité d'adaptation pendant tout le reste de la vie.
- **Niveau d'instruction** : Le niveau de santé s'améliore avec le niveau de scolarité. Plus on est instruit, plus on a de chances d'avoir un emploi et de le garder, et plus on a l'impression d'avoir un contrôle sur sa vie – autant d'éléments clés d'une bonne santé.
- **Emploi et conditions de travail** : Outre l'incidence évidente que peuvent avoir des conditions de travail dangereuses, le fait d'être au chômage ou sous-employé, le stress lié au travail et le manque de contrôle sur ses conditions de travail sont autant de facteurs qui minent la santé.
- **Revenu et situation sociale** : L'état de santé s'améliore à mesure que l'on s'élève dans l'échelle des revenus et dans la hiérarchie sociale. La prospérité est certes

importante, mais la réduction des disparités de revenus, c.-à-d. la répartition équitable de la richesse l'est encore plus pour la santé de la population.

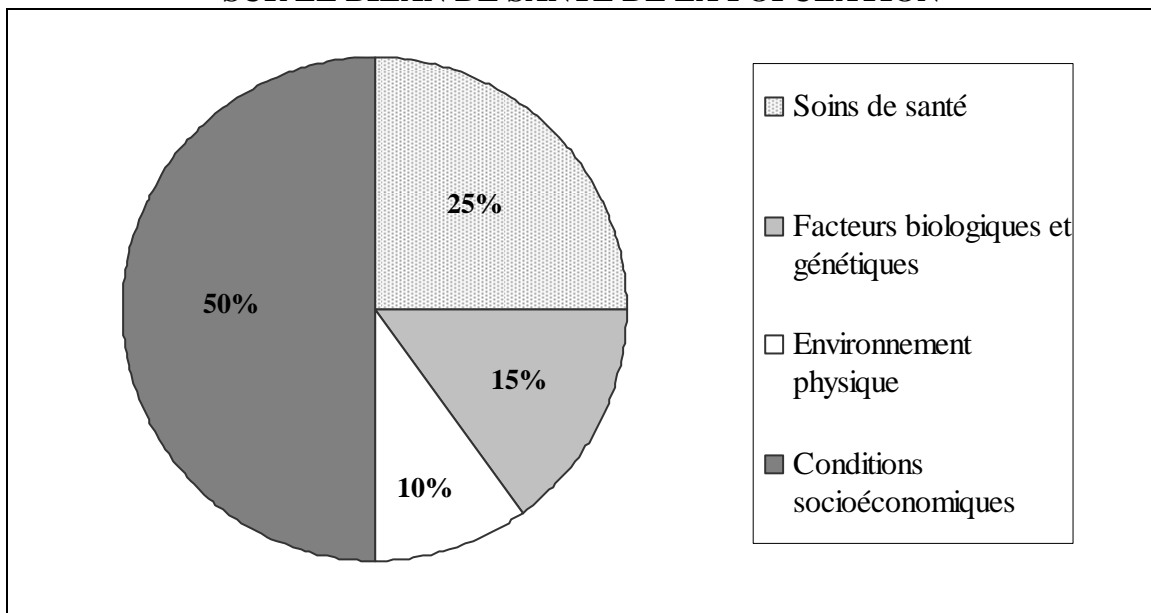
- **Environnements sociaux** : Les valeurs et les normes d'une société peuvent avoir des effets favorables ou nuisibles sur le mieux-être individuel et collectif. La stabilité sociale, l'ouverture à la diversité, la sécurité ainsi que la cohésion et le soutien de la collectivité contribuent tous à la bonne santé.
- **Environnement physique** : La qualité de l'air, de l'eau et du sol a une incidence importante sur la santé de la population, tout comme les éléments de notre environnement physique qui sont le fait de l'homme : logement adéquat, milieu de travail et collectivité sûrs, villes bien aménagées, bons réseaux routiers, etc.
- **Réseaux de soutien social** : Des familles, des amis et des collectivités sur lesquels on peut compter contribuent pour beaucoup au maintien d'une bonne santé.
- **Habitudes de vie et capacité d'adaptation** : Les habitudes de vie comme le tabagisme, la consommation de drogues, l'alimentation et l'activité physique ont une incidence sur la santé et le mieux-être. Les personnes qui ont des habitudes de vie saines et qui se sentent bien dans leur vie sont plus susceptibles que d'autres de rester en bonne santé.
- **Patrimoine génétique et biologique** : Les facteurs biologiques qui influent sur la santé sont notamment l'hérédité, le fonctionnement des systèmes de l'organisme et les processus de développement et de vieillissement.
- **Sexe** : Les différents rôles, traits de personnalité et pouvoirs relatifs attribués par la société selon que l'on est un homme ou une femme peuvent tous influencer sur la santé. Les femmes, par exemple, risquent davantage d'être victimes d'agressions sexuelles ou physiques, de gagner un revenu moindre et d'élever seules leurs enfants, et sont aussi plus exposées aux accidents, MTS, etc.
- **Culture** : La race, l'ethnicité et le bagage culturel ont une incidence sur la santé de la population, parce qu'ils accroissent la vulnérabilité aux risques auxquels les membres d'un groupe sont collectivement exposés.
- **Services de santé** : Les services de santé, notamment ceux qui visent à protéger et à promouvoir la santé, à prévenir la maladie et à restaurer la santé et le fonctionnement de l'organisme chez les personnes affaiblies par la maladie, des blessures ou d'autres causes, contribuent aussi pour beaucoup à la santé de la population¹.

¹ Inspiré de 1) Santé Canada, *Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population*, Document de travail, décembre 1996, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/docs/commune/index.html> et 2) Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, *Determinants of Health*, 2007, <http://www.nccdh.ca/node/27>.

QUELLE EST L'INCIDENCE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ?

Selon certaines études, la santé de la population dépendrait à 15 % de facteurs biologiques et génétiques, à 10 % de l'environnement physique, à 25 % de l'effet réparateur du système de santé, et à 50 % des conditions socioéconomiques (voir la figure 1). Il est clair que la santé est loin de dépendre uniquement des soins de santé offerts. De tous les déterminants de la santé, ce sont les conditions socioéconomiques qui influent le plus sur la santé.

FIGURE 1
ESTIMATION DE L'INCIDENCE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ
SUR LE BILAN DE SANTÉ DE LA POPULATION



Source : Estimation préparée par l'Institut canadien de recherches avancées. Graphique tiré du rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, Volume un : Le chemin parcouru*, mars 2001.

Pourtant, la connaissance et la compréhension des déterminants de la santé demeurent encore extrêmement déficientes. Le grand public s'intéresse beaucoup aux enjeux touchant les soins de santé, mais seulement un Canadien sur trois est conscient de

l'existence d'un lien entre la santé et ses grands déterminants non médicaux (par exemple, le revenu, le niveau d'instruction, le logement)².

QUELLE EST L'AMPLEUR DES DISPARITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ AU CANADA?

Il existe de vastes disparités en matière de santé chez les Canadiens. Si bon nombre de personnes en bonne santé peuvent espérer vivre longtemps et confortablement, il reste que beaucoup de gens qui pourraient être en bonne santé ne le sont pas. Même si le nombre de personnes en mauvaise santé se répartit sur l'ensemble de la population, il est disproportionnellement élevé chez certains groupes, comme les Autochtones ainsi que les personnes et familles à faible revenu. Voici quelques exemples :

Développement de la petite enfance

- Un stress intensif et prolongé dans la petite enfance peut perturber le développement cérébral et compromettre le fonctionnement des systèmes nerveux et immunitaires. Les enfants qui grandissent dans des conditions malsaines sont prédisposés à éprouver des difficultés scolaires et d'adaptation sociale et à avoir toutes sortes de problèmes de santé plus tard au cours de leur vie, notamment des maladies coronariennes, de l'hypertension, du diabète de type 2 et des problèmes de toxicomanie et de santé mentale³.
- Les enfants immigrants, autochtones et à faible revenu, de même que ceux qui vivent dans des collectivités rurales et éloignées, risquent plus que d'autres de connaître un mauvais départ dans la vie. L'éloignement, la non-disponibilité et le coût trop élevé sont autant d'obstacles importants qui gênent l'accès à des programmes d'éducation de la petite enfance, tout comme les barrières culturelles auxquelles se heurtent les enfants autochtones et immigrants, lorsque les programmes offerts sur place à leur intention ne sont pas culturellement adaptés ou se donnent dans une autre langue que la leur⁴.

² Elyzabeth Gyorfy-Dyke, *Social Determinants of Health in Canada*, Initiative sur la santé de la population canadienne, ICIS, 8 novembre 2005, http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/SDOH_Sept_2005.pdf.

³ L'hon. Margaret Norrie McCain, J. Fraser Mustard et Stuart Shanker, *Early Years Study 2: Putting Science into Action*, Council for Early Child Development, 2007, <http://wwwFOUNDERS.net/fn/news.nsf/24157c30539cee20852566360044448c/5e0d29958d2d7d04852572ab005ad6a6!OpenDocument>.

⁴ Agence de la santé publique du Canada.

Revenu et situation socioéconomique

- En 2005, 15 % de l'ensemble des Canadiens vivaient dans la pauvreté⁵, et les inégalités de revenu allaient en s'accroissant⁶. Les riches vivent plus longtemps que les pauvres et ont moins tendance à souffrir de maladies chroniques, d'obésité et de détresse psychologique⁷.
- Un enfant canadien sur cinq a un poids cliniquement insuffisant à la naissance, ce qui accroît les risques qu'il éprouve des problèmes de santé et de développement plus tard dans sa vie⁸. Les enfants de faible poids de naissance issus de milieux aisés restent toutefois avantagés du point de vue du développement par rapport aux enfants de poids de naissance normal issus de milieux défavorisés⁹.
- En 2000-2001, deux fois plus d'hommes et de femmes du groupe au revenu plus élevé ont qualifié leur état de santé d'excellent par rapport à ceux et celles du groupe au revenu le plus faible¹⁰.

Niveau d'instruction

- Près de la moitié des adultes canadiens n'ont pas les capacités de lecture et d'écriture nécessaires pour participer pleinement à notre économie du savoir. Ils sont nombreux à être au chômage et, en conséquence, vivent souvent dans des milieux instables. L'analphabétisme expose les familles à des risques directs pour leur santé en raison, par exemple, de leur difficulté à déchiffrer le mode d'emploi sur les boîtes de lait pour nourrissons, la posologie sur les flacons de médicaments ou les renseignements fournis dans les documents d'information sur la santé et la sécurité¹¹.
- L'alimentation des familles dont les membres sont plus instruits et ont un revenu plus élevé respecte davantage les recommandations nutritionnelles que celle des familles dont les membres sont moins instruits et ont un revenu moins élevé. Un régime alimentaire qui laisse à désirer joue un rôle dans l'apparition de nombreuses maladies¹².

⁵ Conseil national du bien-être social, *Les tendances de la pauvreté au Canada*, Trousse d'information *Résoudre la pauvreté*, juin 2007, <http://www.ncwcnbes.net/fr/publications/pub-126.html>

⁶ Andrew Heisz, *Inégalité et redistribution du revenu au Canada: 1976 à 2004*, n° au catalogue 11F0019MIE - n° 298, Statistique Canada, 2007, <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=11F0019MIF2007298&ISSNOTE=1>.

⁷ Morton Beiser et Miriam Stewart, « Réduire les disparités sur le plan de la santé : Une priorité pour le Canada », *Revue canadienne de santé publique*, volume 96, supplément 2, mars-avril 2005, <http://acsp.cpha.ca/shared/cjph/archives/2005/abstr2-s.htm>.

⁸ Initiative sur la santé de la population canadienne, *Améliorer la santé des Canadiens*, ICIS, 2004, http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_39_F&cw_topic=39&cw_rel=AR_322_F.

⁹ Instituts canadiens de recherche en santé, *La santé des populations*, 2005-2006. http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/population_health_mpk10_0506_f.pdf

¹⁰ *Améliorer la santé des Canadiens*, 2004.

¹¹ Morton Beiser et Miriam Stewart (2005), *op. cit.*

¹² Instituts de recherche en santé du Canada (2005-2006), *op. cit.*

Contexte géographique

- Si l'espérance de vie au Canada est parmi les meilleures au monde, elle révèle un écart de 11 ans d'un bout à l'autre du pays, le Nunavut affichant le niveau le plus bas à 70,4 et la Colombie-Britannique, le niveau le plus élevé à 81,2¹³.
- Le pourcentage de personnes qui déclarent être en excellente ou en très bonne santé varie aussi beaucoup d'une province et d'un territoire à l'autre, Terre-Neuve-et-Labrador se classant au premier rang, avec 68 %, et le Nunavut, au dernier rang, avec 51 %¹⁴.
- Selon les données recueillies entre 1997 et 1999, l'espérance de vie à Montréal était de 78,5 ans, mais elle variait entre 71,6 ans et 82,3 ans d'un quartier à l'autre¹⁵.

Situation des Autochtones

- La situation socioéconomique des Autochtones – Premières nations, Inuits et Métis – est moins reluisante que celle du reste de la population canadienne à presque tous les égards (faible revenu, taux de chômage élevé, faible niveau de scolarisation¹⁶).
- L'espérance de vie des membres des Premières nations et les Inuits est en moyenne inférieure de 5 à 10 ans à celle du reste des Canadiens. Le taux de mortalité infantile chez les Premières nations vivant en réserve et chez les Inuits est de deux à trois fois plus élevé que dans l'ensemble de la population canadienne. Les blessures constituent la cause principale des décès prématurés chez les Premières nations qui vivent dans des réserves. Le taux de ces décès prématurés est quatre fois plus élevé que celui des Canadiens en général¹⁷.
- Au moins 33 % des ménages des Premières nations et des ménages d'Inuits vivent dans des logements inadéquats, insalubres et inabordables comparativement à 18 % des ménages non autochtones. La piètre qualité des logements est associée à tout un éventail de problèmes de santé. Par exemple, le taux de tuberculose augmente dans les logements surpeuplés; dans les années 1990, l'incidence de la tuberculose chez les Premières nations était au moins sept fois plus élevée que dans l'ensemble du Canada¹⁸.
- Le taux de suicide chez les jeunes des Premières nations est cinq à sept fois plus élevé que chez leurs pairs non autochtones. Chez les jeunes Inuits, il est onze fois plus élevé¹⁹.

¹³ Statistique Canada, *Tableau 102-0511 - Espérance de vie, table de mortalité abrégée à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, données annuelles 2004, 2005.*

¹⁴ Initiatives sur la santé de la population canadienne, *Améliorer la santé des Canadiens : Une introduction à la santé en milieu urbain*, ICIS, 2006.

http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=PG_471_F&cw_topic=471&cw_rel=AR_1217_F

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Améliorer la santé des Canadiens*, 2004.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Agence de la santé publique du Canada.

Sexe

- Les femmes vivent six ans de plus que les hommes, mais sont plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques et d'avoir des limitations d'activités à long terme. En ce qui concerne les effets de la pauvreté, la probabilité de survie jusqu'à l'âge de 75 ans était de 68,6 % chez les hommes des quartiers les plus aisés en 1996, et de seulement 53,4 % chez les hommes des quartiers les plus défavorisés. Dans le cas des femmes, ces mêmes probabilités s'élevaient respectivement à 79,7 % et à 73 %²⁰.
- Le taux de tabagisme chez certains groupes de femmes augmente à un rythme inquiétant, tout comme ses effets à long terme, en particulier le cancer et les maladies respiratoires et cardiovasculaires. Les parents seuls (principalement des femmes), les fournisseurs de soins non rémunérés, les homosexuels, les bisexuels et les transgenres risquent aussi particulièrement de voir leur santé compromise²¹.

Autres

- Sur une période de huit ans (1994-1995 à 2002-2003), les immigrants récents de pays non européens étaient deux fois plus susceptibles que les Canadiens de naissance de signaler une détérioration de leur état de santé, malgré le fait qu'ils étaient généralement en meilleure santé à leur arrivée au Canada que les Canadiens nés ici²².
- Les personnes qui n'ont pas de contrôle sur leurs conditions de travail sont plus susceptibles de développer des maladies cardiovasculaires et d'en mourir²³.
- Le tabagisme, l'obésité, un niveau de stress élevé, un revenu familial déficient et un faible sentiment d'appartenance à la collectivité ont tous des effets nuisibles importants sur la santé²⁴.

Le Sous-comité croit qu'il est inacceptable qu'un pays privilégié comme le Canada continue à tolérer de telles disparités en matière de santé. Notre défi consiste à trouver des moyens pour améliorer la santé de tous les Canadiens pour qu'elle soit comparable à celle des plus en santé, sans distinction d'origine ethnique ou de situation socio-économique. Nous croyons en outre que l'adoption des mesures nécessaires pour améliorer la situation à cet égard ne sera possible que si nous parvenons à mettre en œuvre une intervention intersectorielle concertée, malgré les difficultés évidentes de cette tâche. Il y a déjà eu des initiatives fructueuses et les enseignements tirés sont suffisants pour que nous puissions agir.

²⁰ Brent Moloughney, *Le logement et la santé de la population : l'état des connaissances scientifiques actuelles*, Initiatives sur la santé de la population canadienne, ICIS, 2004, http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_284_F&cw_topic=284&cw_rel=AR_1129_F#full.

²¹ Morton Beiser et Miriam Stewart (2005), *op. cit.*

²² Instituts canadiens d'information sur la santé (2005-2006), *op. cit.*

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.*

POURQUOI LES GOUVERNEMENTS DEVRAIENT-ILS METTRE EN ŒUVRE DES POLITIQUES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION?

Il existe de solides raisons économiques et sociales qui motivent l'amélioration de la santé. Une approche axée sur la santé de la population ne fait pas qu'améliorer la santé et réduire les disparités en matière de santé, elle se répercute aussi de façon importante sur la situation socio-économique. En vérité, les politiques et les programmes sur la santé de la population contribuent à la croissance économique, à la productivité et à la prospérité. Des enfants en bonne santé réussissent mieux à l'école. Les personnes en bonne santé sont plus productives; et leur productivité accrue stimule, à son tour, la croissance économique. Des citoyens en bonne santé et actifs au sein de leur collectivité contribuent à renforcer la cohésion sociale. Une population en bonne santé allège les dépenses gouvernementales au titre du soutien du revenu, des services sociaux, des soins de santé et de la sécurité. Autrement dit, la santé économique du Canada est tributaire de la santé de sa population.

La santé ne doit pas uniquement être perçue comme un actif clé du développement économique. Dans notre pays hautement civilisé, la santé pour tous doit à coup sûr être un objectif social prioritaire et une responsabilité de la société dans son ensemble. La santé est un besoin humain fondamental et, par conséquent, un droit humain fondamental. Elle est essentielle au bon fonctionnement des individus et des sociétés. Il convient donc de chercher à la préserver tout au long des différentes étapes de la vie, allant de la conception à l'enfance et de l'âge adulte à la vieillesse. Au-delà des motivations économiques, nous croyons que les gouvernements ont l'obligation morale de favoriser l'instauration de conditions sociales et économiques de nature à encourager les citoyens et les collectivités à créer et à maintenir les conditions nécessaires pour que tous les citoyens vivent en bonne santé. Ce défi de taille ne peut être relevé que par l'adoption d'une approche pangouvernementale qui permettra de cibler la santé et les disparités en matière de santé dans tous les secteurs d'intervention (éducation, services sociaux et culturels, économie, environnement, fiscalité, etc.). Pour y arriver, il faudra,

bien sûr, procéder à un profond remaniement structurel des politiques gouvernementales et de l'approche adoptée par les gouvernements à l'égard de leur élaboration et de leur mise en oeuvre.

QUELS SONT LES ENJEUX À EXAMINER ET QUELLES SONT LES OPTIONS QUI S'OFFRENT À NOUS?

Enjeu 1 : Faire le suivi des résultats obtenus en matière de santé et soutenir la recherche sur les interventions visant à améliorer la santé de la population

Au Canada et ailleurs dans le monde, les gens sont de plus en plus sensibilisés à l'existence des déterminants de la santé et au vaste éventail de facteurs qui influent sur la santé des populations et sur la façon dont celle-ci se répartit d'un groupe de la population à l'autre. Tous les pays dont le Sous-comité a établi le profil – Australie, Angleterre, Finlande, Nouvelle-Zélande, Norvège et Suède – se sont dotés de solides bases de données pour recueillir les indicateurs de santé et en faire le suivi. En Norvège, en Suède et en Finlande, des instituts nationaux de santé publique font un suivi et rendent compte régulièrement de l'état de santé de la population. La portée des disparités en matière de santé est particulièrement bien étayée en Angleterre et en Nouvelle-Zélande. Par ailleurs, l'Australie, la Finlande, la Norvège et la Suède ont instauré des programmes nationaux de recherche sur les disparités en matière de santé et sur l'effet des interventions gouvernementales visant à améliorer la santé de la population.

Comment le Canada se compare-t-il à ces pays du point de vue de la collecte, du suivi et du compte rendu des résultats et des disparités en matière de santé? Selon les témoignages recueillis par le Sous-comité, le Canada possède de solides données sur l'état de santé de la population selon chaque déterminant et sur les disparités en matière de santé. Au niveau national, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada sont des sources d'information fiables, et il existe aussi au niveau provincial plusieurs sources utiles d'indicateurs de santé et de renseignements sur les disparités en matière de santé,

comme le Manitoba Population Health Data Repository, Community Accounts à Terre-Neuve-et-Labrador et la B.C. Health and Wellness Survey. Ces sources d'information sont des atouts qui peuvent faciliter le développement des connaissances et des preuves ciblées nécessaires pour faire avancer le dossier de la santé de la population. De façon générale, toutefois, les données et l'information actuellement accessibles comportent encore d'importantes lacunes, en particulier en ce qui concerne l'état de santé et les disparités en matière de santé chez les Autochtones.

Le Canada fait bonne figure au chapitre de la recherche sur la santé de la population, comme en témoignent les travaux financés ou réalisés au niveau national par les Instituts de recherche en santé du Canada, les Centres nationaux de collaboration en santé publique, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi qu'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, la Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit et d'autres organismes semblables. Y a-t-il moyen et y a-t-il lieu de faire plus?

Option : élargir et enrichir la base de données sur la santé de la population

Nous avons besoin de données et d'informations plus exhaustives et plus fiables pour mieux comprendre les facteurs qui influent sur la santé de la population au Canada. La nature des liens entre la santé et ses déterminants est complexe, et il faut plus qu'un simple indicateur de la situation socio-économique d'usage courant, comme le revenu, le niveau d'instruction ou l'emploi, pour bien l'expliquer. Nous devons nous poser les questions suivantes : Avons-nous suffisamment d'indicateurs assez sensibles pour évaluer la portée des disparités en matière de santé et en faire le suivi? Quelles connaissances nous font défaut et comment pouvons-nous combler ces lacunes? Que pouvons-nous faire pour améliorer l'information existante sur les disparités en matière de santé chez les Premières nations, les Inuits et les Métis? Le Canada devrait-il établir une base de données nationale sur la santé de la population et sur les disparités en matière de

santé? Quel devrait être le rôle de Statistique Canada, de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada ainsi que des gouvernements provinciaux et territoriaux et de leurs organismes dans l'établissement et le maintien d'une base de données nationale? Qui devrait prendre l'initiative de faciliter l'élaboration de cette base de données? Que pourrions-nous faire pour réduire le double emploi et les chevauchements et pour bien mettre à profit les ressources restreintes dont nous disposons? Y a-t-il des pays ou des provinces/territoires qui pourraient nous servir de modèles pour l'élaboration d'une base de données nationale? Comment une base de données nationale sur les disparités en matière de santé peut-elle être constituée à partir des sources déjà existantes, comme l'Initiative sur la santé de la population canadienne et le Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba? De quel financement avons-nous besoin pour mettre en place une vaste et solide base de données sur la santé de la population?

Option : investir davantage dans la recherche sur la santé de la population et améliorer l'application des connaissances

Il est difficile de savoir quelles sont au juste les dépenses du Canada au titre de la recherche sur la santé de la population. Le Sous-comité s'est toutefois fait dire que le financement actuel n'est pas à la mesure du fardeau que représentent les disparités actuelles en matière de santé et qu'il faudrait disposer de davantage de renseignements sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans les politiques et les programmes en place qui visent à améliorer la santé de la population. Quelles sommes d'argent le gouvernement fédéral devrait-il consacrer à la recherche sur la santé de la population et les disparités en matière de santé? Si un financement accru est nécessaire, quelle devrait en être la source? Faudrait-il créer un fonds spécial destiné au financement de la recherche sur la santé de la population? Quelle proportion de ce fonds devrait être consacrée à la recherche sur l'efficacité des interventions gouvernementales visant à optimiser la santé de la population et à réduire les disparités en matière de santé? Comment pouvons-nous stimuler la recherche sur la santé et les disparités en matière de santé chez les Autochtones? Puisque la santé de cette population dépend des politiques et des mesures adoptées par tellement de secteurs d'intervention, comment les différents

organismes de recherche aux niveaux fédéral, provincial et territorial de même que dans le secteur privé, peuvent-ils établir des partenariats synergiques pour favoriser la mobilisation, le renforcement et le réseautage des milieux de recherche en santé? Qui devrait prendre l'initiative d'appliquer les connaissances de façon à mieux mettre à profit les renseignements recueillis grâce à la recherche pour orienter les politiques, les pratiques et les programmes en matière de santé de la population? À partir de l'expertise canadienne actuelle, y aurait-il lieu d'établir un programme national de recherche pour coordonner la recherche sur la santé et les disparités en matière de santé?

Enjeu 2 : Réorienter la politique du gouvernement

Le Canada n'a pas de plan national pour améliorer la santé en général de la population et réduire les disparités en matière de santé. Nos gouvernements n'ont pas énoncé de vision d'une société en santé, et encore moins les stratégies ou les plans d'action nécessaires pour la réaliser. Il en a été question à l'échelon fédéral, mais le gouvernement n'a pas réussi à mettre en œuvre une approche globale en matière de santé de la population.

L'Angleterre, par contre, a adopté une politique pangouvernementale singulière de réduction des disparités en matière de santé qui met à contribution 12 ministères et organismes centraux, ainsi que nombre de régies régionales et locales. Des cibles nationales précises ont été fixées en matière de réduction des disparités, et des indicateurs nationaux ont été élaborés afin de permettre la présentation de rapports quantitatifs réguliers sur les progrès accomplis. Grâce à un examen interministériel, le ministère des Finances a pu déterminer les meilleures façons d'utiliser les dépenses publiques afin de réduire les disparités en matière de santé. En Suède et au Québec, les lois sur la santé publique obligent les ministères et les organismes gouvernementaux à évaluer l'impact sur la santé de toute nouvelle mesure législative et réglementaire. La loi adoptée en Suède comprend également des objectifs précis en matière de santé et des cibles mesurables applicables à une cinquantaine de ministères et d'organismes. La Finlande et l'Australie

préconisent aussi vivement le recours aux études d'impact sur la santé lors de l'élaboration de mesures législatives ou réglementaires et de nouveaux programmes.

Option : effectuer un examen interministériel des dépenses

Le Sous-comité a constaté que l'appui du ministère des Finances est particulièrement important dans chaque pays non seulement pour pouvoir compter sur des fonds suffisants pour soutenir la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population, mais aussi pour être certain que les autres ministères se conformeront aux initiatives nécessaires axées sur la santé. Un ministère de la Santé qui souhaite apporter des changements aux politiques et programmes d'autres ministères afin d'améliorer la santé et réduire les disparités dans ce domaine, se heurte souvent à une résistance et à des accusations d'« impérialisme de la santé ». Mais quand c'est un organisme central comme les Finances qui prend les devants, il est beaucoup plus facile d'obtenir une véritable coopération. L'Angleterre constitue un bon exemple. En effet, l'examen des dépenses dirigé par le ministère des Finances en 2002 a servi de point de départ à l'établissement des plans de dépenses des ministères pour les exercices 2003-2006 et a donné lieu à des engagements fermes qui, dans l'ensemble, constituaient la mise en œuvre d'une approche pangouvernementale à l'égard de la réduction des disparités en matière de santé.

Est-ce que le ministère des Finances du Canada devrait mener un examen interministériel semblable des dépenses, en collaboration avec d'autres organismes centraux? Quels ministères fédéraux l'examen devrait-il viser? Est-ce que l'examen doit aboutir à des engagements fermes? Est-ce qu'un tel examen constitue le meilleur moyen pour le gouvernement fédéral de favoriser la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population ou est-il préférable d'adopter une autre approche? Le cas échéant, quelle doit être cette approche?

Option : se fixer des buts en matière de santé

Des buts, des objectifs et des cibles concrets et mesurables sont des éléments essentiels d'une stratégie sur la santé de la population. Ils permettent de bien

cerner les domaines devant faire l'objet d'une attention particulière, de déterminer les données à recueillir et les indicateurs à suivre, d'établir des repères, de mesurer les progrès et d'en faire rapport. Dans les pays que le Sous-comité a étudiés, certains buts et cibles visaient des résultats précis en matière de santé (par exemple, réduction de la mortalité et de la morbidité), tandis que d'autres étaient plutôt axés sur l'adoption de modes de vie sains; seuls quelques pays, comme l'Angleterre et la Suède, se sont fixé des objectifs de réduction des disparités en matière de santé.

Au Canada, entre 1989 et 1998, chaque province a énoncé des buts en matière de santé qui, dès la fin des années 1990, ont été abandonnés. En 2005, les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux ont adopté des buts en matière de santé au Canada qui, jusqu'à maintenant, ne se sont pas traduits en stratégie nationale ou en interventions mesurables. De plus, aucune cible nationale de réduction des disparités en matière de santé n'a été fixée. Or, le Sous-comité est d'avis que l'établissement de buts peut aider à mobiliser les ressources afin d'appuyer les initiatives en santé de la population, à suivre les progrès accomplis et à en faire rapport, ainsi qu'à accélérer l'élaboration d'indicateurs de la santé et de systèmes d'information sur la santé.

Au moment d'élaborer sa politique sur la santé de la population, le gouvernement fédéral doit-il énoncer clairement des buts, des objectifs et des cibles précis? Quels buts, objectifs et cibles seraient les plus utiles pour façonner les politiques destinées à réduire les disparités en matière de santé? Ces buts et cibles doivent-ils être énoncés dans un texte de loi, comme en Suède? Faut-il adopter de nouvelles lois ou est-il possible d'inscrire les buts et cibles nécessaires dans les lois existantes? Existe-t-il des solutions non législatives qui conviendraient mieux?

Option : exiger une étude d'impact sur la santé

L'étude d'impact sur la santé (ou « évaluation des incidences sur la santé ») est un processus bien établi et couramment utilisé dans bon nombre des pays que le Sous-comité a étudiés. Elle sert à des fins diverses, notamment à examiner les déterminants de la santé ainsi que les disparités, à évaluer le rôle des politiques relevant

d'autres secteurs que celui de la santé dans la promotion et la protection de la santé, et à prendre en compte les considérations liées à la santé dans l'élaboration de politiques à l'échelle du gouvernement. La Suède et la Nouvelle-Zélande ont eu recours à des mesures législatives en matière de santé publique afin de garantir que l'étude d'impact sur la santé fasse partie intégrante des processus gouvernementaux, alors qu'en Angleterre, la formule a été prônée mais jamais mise en oeuvre.

En 1997, le mémoire sur la santé de la population recommandait notamment au Cabinet fédéral d'appliquer l'étude d'impact sur la santé aux politiques et aux programmes fédéraux. De la même façon, nombre de provinces préconisent le recours à l'étude d'impact sur la santé, et plusieurs rapports provinciaux ont recommandé que toutes les présentations au Cabinet soient assorties d'une étude d'impact sur la santé. Pour l'instant, seul le Québec est doté d'une loi exigeant que soit évalué l'impact sur la santé des projets de lois et de règlements. Le Sous-comité estime que l'étude d'impact sur la santé pourrait être considérée comme un premier pas vers l'élaboration d'une politique sur la santé de la population, puisqu'elle permettrait de mieux comprendre comment la plupart des politiques publiques influent d'une manière ou d'une autre sur la santé de la population. À notre avis, l'étude d'impact sur la santé est un moyen pratique d'évaluer les effets possibles sur la santé d'une politique, d'un programme ou d'un projet donné, en particulier les effets sur les groupes vulnérables ou défavorisés; elle pourrait maximiser les effets positifs et réduire au minimum les effets négatifs sur la santé des propositions provenant de tous les secteurs du gouvernement.

Le gouvernement fédéral devrait-il établir un mécanisme pour permettre ou exiger que toutes les nouvelles politiques publiques proposées subissent une étude d'impact sur la santé? Faudrait-il à cette fin adopter de nouvelles mesures législatives? Est-il réaliste de penser que l'étude d'impact sur la santé pourrait faire partie intégrante de tous les nouveaux programmes et politiques fédéraux? Si l'étude d'impact sur la santé fait partie de la politique fédérale sur la santé de la population, quels devraient être le rôle et les responsabilités de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada et d'organismes centraux comme Finances Canada et le Conseil du Trésor?

Option : mettre en œuvre une stratégie fédérale sur la santé de la population

Les spécialistes reconnaissent qu'il existe plus d'une façon d'améliorer la santé de la population ou de réduire les disparités en matière de santé, mais ils s'entendent pour dire que plus la stratégie gouvernementale est ciblée et intégrée, plus les chances que la santé et sa répartition évoluent dans la bonne direction sont grandes. De plus, l'examen international du Sous-comité donne à penser que le leadership des plus hautes instances, notamment des organismes centraux, est essentiel au succès d'une approche pangouvernementale en matière de santé de la population. Le Royaume-Uni est un exemple de collaboration interministérielle fructueuse : le comité du Cabinet visé regroupe une dizaine de ministères et examine les initiatives transsectorielles visant à améliorer la santé et à réduire les disparités en matière de santé.

Il y a eu une tentative semblable au Canada en 1997, quand le gouvernement fédéral a donné son aval au mémoire du Cabinet sur la santé de la population; la proposition mettait à contribution 18 ministères et désignait Santé Canada comme responsable principal. Malheureusement, la coordination interministérielle des activités a échoué en raison des importantes compressions budgétaires qui ont entravé sa mise en œuvre. Seul Santé Canada a mis en pratique l'examen des programmes et des projets selon la perspective de la santé de la population. Ce qu'il faut retenir de cet échec, c'est qu'un engagement officiel de la part du gouvernement est un premier pas dans la bonne direction, mais il doit être assorti d'un financement durable et prévisible afin d'assurer une action interministérielle visant la santé de la population et une mise en œuvre de la politique de longue durée. La réaffectation des ressources à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population est un processus à long terme et seul un engagement de longue durée comparable de la part de gouvernements successifs peut en faciliter la réalisation.

Notre examen international a aussi permis de dégager une autre approche, soit établir un lien explicite entre la santé et les autres secteurs politiques. La politique sur la santé de la population émanant du ministère de la Santé en Finlande, en Nouvelle-Zélande, en Norvège et en Suède, est liée à des politiques distinctes sur la pauvreté,

l'inclusion sociale et la justice sociale, qui ont toutes un lien direct avec les déterminants sous-jacents de la mauvaise santé (faible revenu et chômage, logement insalubre et itinérance, exclusion sociale). Terre-Neuve-et-Labrador et le Québec ont adopté cette approche. Ailleurs au Canada, les approches pangouvernementales ont tendance à s'articuler autour de déterminants de la santé particuliers; ainsi, ActNow, en Colombie-Britannique, met l'accent sur l'hygiène de vie, tandis que le programme Enfants en santé Manitoba vise le développement de la petite enfance.

Il y a trente ans, le gouvernement canadien a été applaudi à l'échelle mondiale comme chef de file pour avoir élaboré la notion de santé de la population et avoir pris position en faveur de l'adoption d'une politique en la matière. Le moment est venu qu'il fasse de nouveau preuve de leadership et élabore et mette en œuvre une stratégie pancanadienne sur la santé de la population. C'est possible, puisque le gouvernement fédéral intervient déjà dans de nombreux secteurs qui influent sur la santé, l'environnement, l'agriculture, la politique économique, le soutien au revenu, la recherche en santé, l'emploi, la fiscalité, etc. Il existe donc déjà des acquis. Santé Canada a élaboré en 2001 un modèle pour orienter et mener à bien la mise en œuvre d'une politique sur la santé de la population, dans le secteur de la santé et dans les autres secteurs.

Comment le gouvernement fédéral devrait-il s'y prendre? Doit-il s'inspirer du modèle de 2001 de Santé Canada? Doit-il adopter l'approche pangouvernementale entérinée par le Cabinet en 1997, et s'engager à garantir les fonds nécessaires? Dans l'affirmative, qui doit endosser la responsabilité de défendre le dossier de la santé de la population : Santé Canada ou un organisme central comme le ministère des Finances ou le Conseil du Trésor? Comment peut-on convaincre ces organismes de souscrire à une approche pangouvernementale à l'égard de la santé de la population? Quels autres ministères et organismes fédéraux devraient participer?

Existe-t-il des exemples de la mise en application d'approches pangouvernementales qui pourraient servir de modèles pour une approche coordonnée en matière de santé de la population – par exemple la Stratégie de lutte contre la violence

familiale, la Stratégie de réduction de la demande de tabac ou l'Initiative pour le développement durable?

Étant donné l'étendue et la complexité d'un sujet comme la santé de la population, il sera difficile, à court terme, d'en arriver à une action globale et concertée à l'égard de tous les déterminants. Serait-il plus efficace pour le gouvernement fédéral de procéder par étapes pour mettre en œuvre une stratégie en matière de santé de la population? Dans l'affirmative, est-ce que les premières étapes doivent viser les populations particulièrement vulnérables (peuples autochtones, enfants, familles à faible revenu, etc.) ou alors des déterminants de la santé particulièrement puissants comme le développement de la petite enfance, le logement, le soutien au revenu et d'autres? Le gouvernement fédéral doit-il élaborer et mettre en œuvre séparément une stratégie sur la santé et une autre sur la pauvreté?

Option : établir un cadre de politique fédérale-provinciale-territoriale sur la santé de la population

Au Canada, comme en Australie, l'élaboration d'une politique sur la santé de la population se joue constamment sur fond de partage des compétences entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. La santé de la population est autant du ressort du gouvernement fédéral que des provinces et territoires, et il faut absolument un processus de coordination afin de dégager un consensus et d'accroître la collaboration. De 1994 à 2004, le principal moyen de dialogue et de coordination intergouvernemental dans ce domaine était le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, qui relevait de la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé. Le Comité a adopté une vision intégrée et à long terme en matière de santé de la population et a préconisé la cohérence des politiques dans tous les secteurs visés. Avec la publication en 2004 de la série de documents *Réduire les disparités sur le plan de la santé*, pour la première fois au Canada, le Comité consultatif a examiné les disparités en matière de santé dans une perspective systémique au lieu d'aborder les disparités vécues par les différents segments de population. Bien que les différents ordres de gouvernements se soient engagés en principe à réduire les disparités, ils ne se sont pas

encore entendus sur des mesures à recommander et sur le choix d'un organisme pouvant jouer le rôle de chef de file pour gommer ces disparités au Canada. Manifestement, une collaboration intergouvernementale est essentielle au succès de politiques visant à réduire les disparités en matière de santé ou, d'une manière plus générale, d'une stratégie globale sur la santé de la population.

Comment le Canada peut-il transformer ces connaissances en mesures concrètes en matière de santé de la population à tous les échelons gouvernementaux? Est-ce que l'actuel Réseau de santé publique est une tribune efficace pour discuter des politiques sur la santé de la population? Faudrait-il réactiver le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population afin qu'il serve de mécanisme de collaboration pour l'élaboration d'une stratégie nationale? Est-ce que l'actuelle Stratégie canadienne en matière de modes de vie sains pourrait aider à réduire considérablement les disparités en matière de santé? Pourrait-elle être une étape utile vers l'élaboration d'une stratégie plus générale sur la santé de la population?

Option : renforcer l'action intersectorielle et mettre les collectivités à contribution

Pour bien agir sur les déterminants de la santé et gommer les disparités, l'intervention doit s'étendre à tous les secteurs. Comme nous l'avons dit plus haut, il faut mettre à contribution non seulement les divers ministères, mais aussi les divers ordres de gouvernement et les partenaires non gouvernementaux. Les interventions à caractère communautaire réussissent à atteindre les populations vulnérables, à créer des réseaux locaux et à tirer parti des ressources. D'ailleurs, la participation de divers groupes de la société civile a été reconnue comme étant un élément essentiel du succès des politiques intersectorielles visant les déterminants de la santé qui ont réussi au niveau tant local que national. Il n'y a pas de modèle unique pour favoriser l'action intersectorielle, mais il existe des exemples de réussites dont le gouvernement peut s'inspirer, comme les Ententes sur le développement urbain et l'Initiative nationale pour les sans-abri.

Pour favoriser l'intervention intersectorielle, le gouvernement du Royaume-Uni a créé des bureaux régionaux qui réunissent de nombreux ministères sous un seul toit; la Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador ont établi des structures régionales extérieures aux ministères de la Santé qui semblent avoir réussi à promouvoir la collaboration et les partenariats. Le Manitoba a adopté un cadre pour le développement économique communautaire afin d'orienter l'élaboration de politiques et de programmes provinciaux.

À Cuba, les polycliniques réussissent à toucher les collectivités et à les mettre à contribution pour promouvoir la santé, prévenir la maladie et favoriser le diagnostic précoce. Ces cliniques, réparties à l'échelle du pays, sont dotées d'équipes multidisciplinaires (médecins, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, dentistes, orthophonistes, etc.). Elles entretiennent des rapports étroits avec la population qu'elles desservent et la connaissent bien. Pour briser le cloisonnement, les polycliniques mettent l'accent sur l'intégration des ressources et le partage des responsabilités, notamment pour la formation des médecins et des infirmières, la collecte de données et le transfert de résultats de recherches scientifiques et de connaissances.

Comment le gouvernement fédéral peut-il mieux collaborer avec les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux? Est-ce que les exigences administratives et redditionnelles imposées aux partenaires communautaires qui participent aux initiatives intersectorielles se sont améliorées? Existe-t-il des processus d'évaluation permettant de bien rendre compte des résultats des initiatives intersectorielles dans les milieux complexes et dynamiques? Dans quelle mesure pourrait-on adapter le modèle de la polyclinique au Canada?

Enjeu 3 : Mettre en oeuvre une stratégie sur la santé de la population autochtone

Comme nous l'avons dit plus haut, le fardeau des problèmes de santé, de détresse et de privation sociale pèse de façon disproportionnée sur les populations autochtones au Canada. Les disparités en matière de santé découlent des grands déterminants qui touchent tous les Canadiens, mais aussi de déterminants liés à la

colonisation et aux efforts déployés par les peuples autochtones pour retrouver un certain niveau d'autonomie gouvernementale et de pouvoir de décisions dans leurs communautés.

Étant donné sa responsabilité particulière à l'égard des peuples autochtones et son rôle crucial dans la prestation de programmes et de services à leur intention, le gouvernement fédéral est tout désigné pour amener les dirigeants autochtones à réfléchir à la façon d'aborder la santé de la population et les notions autochtones de santé pour mieux cibler, organiser et fournir les services gouvernementaux et amoindrir les disparités en matière de santé qui existent entre ces peuples et les autres Canadiens.

Nous avons signalé plus haut la nécessité d'obtenir de meilleures données sur les populations autochtones et n'en reparlerons pas ci-après.

Option : mettre en œuvre une stratégie globale sur la santé de la population autochtone

Le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle essentiel dans l'examen des disparités et de l'état de santé exceptionnellement mauvais chez les peuples autochtones. À l'heure actuelle, il met en œuvre une gamme complexe de programmes dans divers secteurs : santé, apprentissage continu, communautés sécuritaires et durables, logement, débouchés économiques, terres et ressources, et gouvernance et relations. Trente ministères et organismes fédéraux mettent en œuvre à l'intention des Indiens, des Inuits et des Métis, quelque 360 programmes et services qui coûtent 8,2 milliards de dollars. Cependant, ces programmes et services ne sont pas coordonnés et intégrés de manière à réduire les disparités en matière de santé. La première solution consisterait à ce que le gouvernement fédéral et les dirigeants autochtones coordonnent et intègrent les activités des différents ministères et organismes qui se chargent des programmes et services visant les Canadiens autochtones, afin d'élaborer et d'appliquer une stratégie fédérale sur la santé de la population. Qui devrait être le chef de file et quels mécanismes

faudrait-il utiliser pour assurer la participation active des dirigeants autochtones à l'élaboration et à la mise en œuvre de cette stratégie?

La gamme des programmes et services fédéraux offerts aux groupes autochtones varie en fonction de leur statut, des accords négociés, des compétences, des obligations découlant des traités et des décisions politiques; certains programmes sont réalisés par les gouvernements autochtones eux-mêmes ou conçus pour compléter d'autres programmes provinciaux, territoriaux et autochtones. Est-ce que ces politiques devraient être coordonnées de concert avec les autorités autochtones à l'échelon local, régional et national afin d'améliorer leur cohérence en vue d'améliorer leur effet global sur la santé de la population et de réduire les disparités en matière de santé entre les Canadiens autochtones et les autres? Est-ce que les communautés autochtones qui en sont capables pourraient jouir d'un plus grand pouvoir dans l'utilisation des ressources dont elles disposent afin d'améliorer les conditions sociales, économiques et culturelles locales et produire un meilleur bilan de santé?

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont des responsabilités en matière de santé de la population autochtone. C'est ce que souligne clairement l'Accord de Kelowna de 2005, un ambitieux plan décennal visant à combler l'écart entre les Canadiens autochtones et non autochtones dans des domaines comme l'éducation, le logement et l'infrastructure, la santé et les débouchés économiques, tous des déterminants essentiels de la santé. Que peuvent faire les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, séparément et ensemble, afin de « combler l'écart » qui sépare les peuples autochtones du reste de la population?

Option : adopter une approche par étape à l'égard de la mise en œuvre d'une stratégie sur la santé de la population autochtone

Au lieu d'opter pour une approche globale, le gouvernement fédéral pourrait concentrer sa stratégie sur des déterminants particuliers. Par exemple, pour briser le cycle de la pauvreté et du piètre état de santé qui existe dans de nombreuses communautés autochtones, il faudra se pencher sur trois des déterminants fondamentaux

de la santé, soient le revenu, l'éducation et le logement. Comment faut-il modifier les politiques et les programmes actuels dans ces domaines?

Une autre approche par étape possible consisterait à améliorer l'accès à une alimentation saine dans les communautés isolées. À l'heure actuelle, le programme fédéral Aliments-poste couvre une partie du coût du transport d'aliments périssables nutritifs vers des collectivités isolées du Nord. Malgré cette subvention, un régime alimentaire nutritif coûte environ deux fois plus cher dans les communautés isolées du Nord que dans le sud du Canada, un fardeau très lourd étant donné les niveaux relativement élevés de chômage, de sous-emploi et de pauvreté dans bon nombre de ces communautés. Par comparaison, les règlements provinciaux d'un bout à l'autre du pays veillent à uniformiser le prix de l'alcool, et une bouteille coûte le même prix, qu'elle ait été achetée dans le nord-ouest de l'Ontario ou à Ottawa. Or, il est plus logique d'uniformiser le prix des aliments pour les enfants que le prix de l'alcool! Faut-il bonifier le programme Aliments-poste? Quelles autres mesures permettraient d'améliorer l'accès à des aliments nutritifs dans les collectivités éloignées?

Option : renforcer l'apprentissage entre pairs dans les populations autochtones

Même si la situation d'ensemble est grave, l'état de santé des groupes autochtones n'est pas toujours pire que celui des autres Canadiens. En effet, de nombreuses collectivités des Premières nations ont réussi à améliorer leur bilan de santé et enregistrent des taux de suicide inférieurs aux moyennes provinciales ou canadiennes. Malgré les différences culturelles et sociales qui existent chez les Premières nations et les populations inuites et métisses et entre elles, est-ce que les expériences et les idées des dirigeants de collectivités résilientes et florissantes pourraient aider celles qui réussissent moins bien? Est-ce qu'il serait possible pour les diverses communautés autochtones de mettre en commun ces pratiques et ces méthodes efficaces et de les adapter? Le gouvernement fédéral devrait-il appuyer les efforts des Autochtones visant à accroître la capacité et le leadership, et dans l'affirmative, comment?

Enjeu 4 : Nourrir la volonté politique

Il est essentiel de comprendre l'ampleur et les causes des disparités en matière de santé, ainsi que de cerner les mécanismes les plus efficaces pour les réduire. Mais il ne suffit pas de comprendre pour apporter aux politiques et aux programmes les changements nécessaires.

L'appui des hautes instances gouvernementales s'est avéré essentiel pour les stratégies en santé de la population qui ont le mieux réussi à l'étranger. Cependant, de telles stratégies nécessitent aussi une continuité à long terme; elles déraillent trop souvent lorsque des changements sont apportés au gouvernement ou lorsque des gouvernements successifs (voire le même gouvernement) modifient leurs priorités.

La sensibilisation du public, l'appui et l'engagement des secteurs autres que celui de la santé ainsi qu'un consensus sur les principales priorités sont essentiels pour nourrir la volonté politique, créer les conditions nécessaires à l'action et soutenir ces actions à long terme.

Option : sensibiliser le public

Le public reconnaît les effets qu'ont sur la santé les habitudes de vie (comme l'alimentation, l'activité physique, le tabac et l'alcool), l'accès aux soins de santé et un milieu sain. Cependant, il semble moins bien comprendre les effets des déterminants généraux, comme le développement de la petite enfance, l'éducation, le revenu et le soutien social. Les médias canadiens ont tendance à trop insister sur le rôle du système de soins de santé et du mode de vie dans l'état de santé et à ne pas assez souligner le rôle du contexte socioéconomique. Le grand public ne comprend pas facilement la notion théorique dite de la « santé de la population ». Or, comme l'opinion publique dicte souvent la conduite des gouvernements, il faut amener le public à mieux comprendre les facteurs qui contribuent à la santé.

Quelle est la meilleure façon de capter l'intérêt du public à l'égard de son état de santé général? Que pouvons-nous faire pour recadrer le débat au sujet de la santé au Canada? Est-ce que le gouvernement fédéral devrait soutenir des campagnes d'information et mener des campagnes de sensibilisation du public sur l'ampleur et le coût des inégalités en matière de santé? Quel rôle les médias doivent-ils jouer pour aider le public à mieux comprendre l'idée de santé de la population? Quels devraient être les principaux partenaires dans les efforts déployés pour modifier l'attitude du public envers la santé et les disparités?

Option : mobiliser et mettre à contribution les secteurs autres que celui de la santé

Même si les déterminants de la santé touchent de nombreux secteurs, l'examen de la situation fédérale, provinciale/territoriale et internationale réalisé par le Sous-comité montre que le secteur de la santé occupe toujours une place prédominante dans une approche axée sur la santé de la population. Pourtant, les modèles qui réussissent le mieux mettent à contribution tout un éventail de secteurs. Une des grandes forces des polycliniques à Cuba est leur capacité à intégrer la santé, l'éducation, les services sociaux, les sciences et le transfert des connaissances dans la prestation de services au niveau des soins primaires. En d'autres mots, les politiques de tous les secteurs doivent jouer un rôle en vue d'améliorer la santé de la population. Chaque secteur doit aussi participer activement dès le début si l'on veut aboutir à la réduction des disparités en matière de santé.

Existe-t-il des champions qui peuvent informer et convaincre les secteurs autres que celui de la santé de l'importance de l'enjeu pour eux? Quels sont les preuves, les pratiques prometteuses, les faits ou les arguments qui sauront les convaincre? Une fois les secteurs gouvernementaux convaincus, comment pourront-ils participer activement à améliorer la santé de la population? Comment pourrait-on recruter le secteur privé comme fervent et solide partisan de la réduction des disparités en matière de santé?

Option : dégager un consensus chez les principaux intervenants sur les mesures prioritaires

L'ampleur de la démarche du gouvernement dépendra en partie du niveau de soutien de la part de tout un éventail d'intervenants. Dégager un consensus aux niveaux tant communautaire, dans les provinces et les territoires, que national aidera à préparer le terrain aux politiques sur la santé de la population. Quelles sont les mesures les plus susceptibles de rallier le plus grand éventail d'intervenants? Quels sont les stratégies et les outils qui permettront de dégager un consensus sur la nécessité d'agir afin de réduire les disparités en matière de santé?

ANNEXE 1 – LISTE DES TÉMOINS

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
39^e législature 1^e session			
Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé	L'honorable Monique Bégin, P.C., commissaire	22-02-2007	1
Institut de recherche sur la santé des populations	Ronald Labonté, chaire de recherche du Canada sur la mondialisation contemporaine et l'égalité en matière de santé	28-02-2007	1
Provincial Health Services Authority, B.C.	Dr. John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies	28-02-2007	1
School of Health Policy and Management - Université York	Dennis Raphael, Professor	28-02-2007	1
Agence de santé publique du Canada	Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques, Direction générales des politiques stratégiques, des communications et des services généraux	21-03-2007	2
Kunin-Lunenfield Applied Research Centre	Sholom Glouberman, scientifique associé	21-03-2007	2
Agence de santé publique du Canada	Maura Ricketts, directrice générale par intérim, Bureau de la pratique en santé publique, Pratique en santé publique et opérations régionales	21-03-2007	2
Agence de santé publique du Canada	Dr. Sylvie Stachenko, administrateur en chef adjoint de la santé publique, Direction	21-03-2007	2

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
	générale de la promotion de la santé et de la prévention des 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 Autochtones, Université du Manitoba	John O'Neil, professeur et directeur	25-04-2007	3
Santé Canada	Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits	25-04-2007	3
Institut de la santé des Autochtones (ISA) pour l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC	Dr Jeff Reading, directeur scientifique	25-04-2007	3
Faculté de recherche/Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit	Sylvia Abonyi, chaire de recherche pour la santé des Autochtones au Canada	02-05-2007	3

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)	Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications	02-05-2007	3
Université de la Colombie-Britannique - Département de psychologie	Dr Michael J. Chandler, professeur à l'Université de la Colombie-Britannique et chercheur émérite des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé	02-05-2007	3
Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)	Carole L. Lafontaine, directrice générale intérimaire	02-05-2007	3
Université de Toronto	Dr Kue Young, professeur, département des services de santé publique	02-05-2007	3
Observatoire Vieillessement et Société (OVS)	Dr André Davignon, fondateur	16-05-2007	4
Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse	Valerie J. White, directrice exécutive, secrétariat des aînés	16-05-2007	4
Agence de santé publique du Canada - Division du vieillissement des aînés	Margaret Gillis, directrice	16-05-2007	4
Association canadienne de gérontologie	Mark Rosenberg, professeur à l'Université Queen's	16-05-2007	4
The CHILD Project	Dr Hillel Goelman, directeur, Senior Scholar, Human Early Learning Partnership (HELP)	30-05-2007	4
Instituts de recherche en santé du Canada	Dr Michael Kramer, directeur scientifique, Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents	30-05-2007	4
Council of Early Child Development	Stuart Shankar, professeur,	30-05-2007	4

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
	president		
Manitoba Métis Foundation	Dre Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba	31-05-2007	4
Ralliement national des Métis	David Chartrand, ministre de la Santé	31-05-2007	4
Ralliement national des Métis	Marc LeClair, conseiller national du ministre de la Santé	31-05-2007	4
Ralliement national des Métis	Rosemarie McPherson, porte-parole national des femmes de la Nation métisse	31-05-2007	4
Ministère de la Santé de C.B.	Dr Evan Adams, médecin-conseil en santé autochtone, Bureau du médecin-hygiéniste en chef	01-06-2007	5
Manitoba Métis Foundation	Dre Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba	01-06-2007	5
Institut de la santé des Autochtones	Laura Commanda, directrice adjointe, Partenariats, applications des connaissances et des relations internationales	01-06-2007	5
Pauktuutit Inuit Women of Canada	Jennifer Dickson, directrice générale	01-06-2007	5
Association des femmes autochtones du Canada	Claudette Dumont-Smith, conseillère principale en santé	01-06-2007	5
Indigenous People's Health Research Centre	Willie Ermine, professeur, auteur- éthicien	01-06-2007	5
Inuit Tapiriit Kanatami	Anna Fowler, coordonnatrice de	01-06-2007	5

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
	projets, ministère de la Santé		
Association nationale des centres d'amitié	Alfred J. Guay, analyste des politiques	01-06-2007	5
Assemblée des Premières Nations	Valerie Gideon, directrice de la Santé et du Développement social	01-06-2007	5
Université de l'Alberta	Malcom King, professeur, Faculté de médecine	01-06-2007	5
Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada	Julie Lys, directrice, Région des Territoires du Nord-Ouest	01-06-2007	5
Université de Toronto	Chandrakant P. Shah, professeur émérite	01-06-2007	5
Congrès des Peuples Autochtones	Erin Wolski, coordonnatrice des programmes de politique sanitaire	01-06-2007	5
39^e législature 2^e session			
Ministère de la Santé et des Affaires sociales	Irene Nilsson-Carlsson, directeur général adjoint, Division de la santé publique	22-11-2007	1
Institut national de santé publique de Suède	Dr. Gunnar Agren, directeur général	22-11-2007	1
Inst. Karolinska, Dépt. des services de santé publique	Dr. Pirooska 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

ORGANISATION	NOM / TITRE	DATE DE COMPARUTION	NO DE FASCICULE
Université de Montréal	Nicole Bernier, PhD, chercheure-adjointe	05-12-2007	2
Ministère de la santé du Royaume-Uni	Dr. Fiona Adshead, directrice générale, amélioration de la santé	11-12-2007	2
Autorité sanitaire du district intérieur de la C.B.	Lex Baas, directeur de la santé des populations	12-12-2007	2
Université de la Colombie-Britannique	James Frankish, professeur et directeur	12-12-2007	2
Le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario	Pegeen Walsh, directrice, Prévention des maladies chroniques	06-02-2008	3
Réseau d'intégration des services de santé de Toronto	Laura Pisko-Bezruchko, directrice principale de la planification	06-02-2008	3
l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa	Dr. Andrew Pipe, directeur médical, Centre de prévention et réadaptation	06-02-2008	3
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

National Collaborating Centre for Healthy Public Policy:

François Benoit, Scientific Director.

National Collaborating Centre for Environmental Health:

Dr. Ray Copes, Scientific Director.

National Collaborating Centre for Aboriginal Health:

Margo Greenwood, Scientific Director.

Wednesday, May 14, 2008

Federation of Canadian Municipalities:

Michel Frojmovic, Director, Acacia Consulting & Research.

Canadian Council on Social Development:

Pat Steenberg, Project Coordinator, Community Social Data Strategy.

Atkinson Foundation:

Lynne Slotek, National Project Director, Canadian Index of Wellbeing.

Provincial Health Services Authority, B.C.:

Dr. John Millar, Executive Director, Population Health Surveillance and Disease Control.

Centre de collaboration nationale en politiques publiques et santé:

François Benoit, directeur scientifique.

Centre de collaboration nationale en santé environnementale:

Dr Ray Copes, directeur scientifique.

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone:

Margo Greenwood, directrice scientifique.

Le mercredi 14 mai 2008

Fédération canadienne des municipalités:

Michel Frojmovic, directeur, Consultation et recherche Acacia.

Conseil canadien de développement social:

Pat Steenberg, coordinatrice, Stratégie d'accès communautaire aux statistiques.

Fondations Atkinson:

Lynn Slotek, directrice nationale du projet, Indice canadien du bien-être.

Provincial Health Services Authority, B.C.:

Dr John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies.



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 30, 2008

Statistics Canada:

Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Analysis and Development.

Institute of Population and Public Health:

Dr. John Frank, Scientific Director of CIHR.

Human Resources and Social Development Canada:

Cliff Halliwell, Director General, Strategic Policy Research Directorate.

Indian and Northern Affairs Canada:

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

Wednesday, May 7, 2008

National Collaborating Centre for Determinants of Health:

Hope Beanlands, Scientific Director.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mercredi 30 avril 2008

Statistique Canada:

Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement.

Institut de la santé publique et des populations:

Dr John Frank, directeur scientifique, IRSC.

Ressources humaines et développement social Canada:

Cliff Halliwell, directeur général, Direction générale de la recherche en politiques stratégiques.

Affaires indiennes et du Nord Canada:

Marc Brooks, directeur général, Direction générale du développement communautaire, Politiques socioéconomiques et opérations régionales.

Le mercredi 7 mai 2008

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé:

Hope Beanlands, directrice scientifique.

(Suite à la page précédente)