



Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007-08

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, May 28, 2008
Thursday, June 5, 2008
Wednesday June 11, 2008
Wednesday, June 18, 2008

Issue No. 7

Twenty-first, twenty-second, twenty-third and twenty-fourth meetings on:

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

WITNESSES:
See back cover

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

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 28 mai 2008
Le jeudi 5 juin 2008
Le mercredi 11 juin 2008
Le mercredi 18 juin 2008

Fascicule n° 7

Vingt et unième, vingt-deuxième, vingt-troisième et vingt-quatrième réunions concernant :

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

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Brown
Callbeck
Cochrane

Cook
Fairbairn, P.C.

(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 Trenholme Counsell substituted for that of the Honourable Senator Callbeck (*May 28, 2008*)

The name of the Honourable Senator Callbeck substituted for that of the Honourable Senator Trenholme Counsell (*May 29, 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

Cook
Fairbairn, C.P.

(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 Trenholme Counsell est substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 28 mai 2008*)

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck est substitué à celui de l'honorable sénateur Trenholme Counsell (*le 29 mai 2008*)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 28, 2008
(21)

[*English*]

The subcommittee on Population Health met this day at 4:10 p.m., in room 705, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

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

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

In attendance: Michael Toye, Analyst, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

WITNESSES:

United Nations Association in Canada:

Kathryn White, Executive Director.

The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada:

Dr. André Lalonde, Executive Vice President.

Canadian Paediatric Society:

Marie Adèle Davis, Executive Director.

Canadian Medical Association:

Dr. Kathryn Bigsby, Chair, Child Health Working Group.

Ms. White, Dr. Lalonde, Ms. Davis and Dr. Bigsby 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:

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 28 mai 2008
(21)

[*Traduction*]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 10, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

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

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

Également présent : Michael Toye, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 et aux pouvoirs qui lui ont été conférés le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité poursuit son examen des déterminants sociaux de la santé. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Association canadienne pour les Nations Unies :

Kathryn White, directrice générale.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada :

Dr André Lalonde, vice-président général.

Société canadienne de pédiatrie :

Marie Adèle Davis, directrice générale.

Association médicale canadienne :

Dre Kathryn Bigsby, présidente, Groupe de travail sur la santé des enfants.

Mmes White et Davis, ainsi que les Drs Lalonde et Bigsby font chacun une déclaration puis, ensemble, répondent aux questions.

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

ATTESTÉ :

OTTAWA, Thursday, June 5, 2008
(22)

[English]

The Subcommittee on Population Health met this day at 10:54 a.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Fairbairn, P.C. and Keon (4).

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:

University of Victoria:

Marcia Hills, Director, Centre for Community Health Promotion (by video conference).

Laval University:

Maria De Koninck, Professor, Department of Social and Preventive Medicine.

University of Regina:

Shanthi Johnson, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit.

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care:

Richard Prial, Director, Strategic Alignment Branch.

Ms. Hills, Ms. De Koninck, Ms. Johnson and Mr. Prial each made a statement and, together, answered questions.

At 12:30 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, June 11, 2008
(23)

[English]

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

Members of the committee present: The Honourable Senators Brown, Callbeck, Cook, Keon and Pépín (5).

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

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

OTTAWA, le jeudi 5 juin 2008
(22)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 10 h 54, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Fairbairn, C.P., et Keon (4).

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 et aux pouvoirs qui lui ont été conférés le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité poursuit son examen des déterminants sociaux de la santé (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n^o 1 des délibérations du comité.)

TÉMOINS :

Université de Victoria :

Marcia Hills, directrice, Centre de recherche en promotion de la santé communautaire (par vidéoconférence).

Université Laval :

Maria De Koninck, professeure titulaire, Département de médecine sociale et préventive.

Université de Regina :

Shanthi Johnson, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit.

Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario :

Richard Prial, directeur, Direction de l'harmonisation stratégique.

Mmes Hills, De Koninck et Johnson, ainsi que M. Prial, font chacun une déclaration puis, ensemble, répondent aux questions.

À 12 h 30, le sous-comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 11 juin 2008
(23)

[Traduction]

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

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

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.

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:

As an individual:

The Honourable Carolyn Bennett, P.C., M.P., Former Minister of State (Public Health).

University of Alberta:

Deanna Williamson, Associate Professor, Department of Human Ecology.

Saskatoon Health Region:

Dr. Cordell Neudorf, Chief Medical Health Officer, Public Health Services.

Ms. Bennett and Ms. Williamson each made a statement and, together, answered questions.

Dr. Neudorf made a statement and answered questions.

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

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, June 18, 2008
(24)

[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 committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Keon and Pépin (5).

In attendance: Michael Toye, Analyst, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, November 20, 2007 and delegated on Wednesday, November 21, 2007 by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, the subcommittee continued its examination on the social determinants of health. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

WITNESSES:

Canadian Environmental Assessment Agency:

John Smith, Director, Legislative and Regulatory Affairs;
Tim Smith, Senior Policy Advisor.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 et aux pouvoirs qui lui ont été conférés le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité poursuit son examen des déterminants sociaux de la santé. (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.)

TÉMOINS :

À titre personnel :

L'honorable Carolyne Bennett, C.P., députée, ancienne ministre d'État (Santé publique).

Université de l'Alberta :

Deanna Williamson, professeure associée, Faculté d'écologie humaine.

Région sanitaire de Saskatoon :

Dr Cordell Neudorf, administrateur en chef de la santé publique, Services de santé publique.

Mmes Bennett et Williamson font chacune une déclaration puis, ensemble, répondent aux questions.

Le Dr Neudorf fait une déclaration puis répond aux questions.

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

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 18 juin 2008
(24)

[Traduction]

Le Sous-Comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 5, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Keon et Pépin (5).

Également présent : Michael Toye, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 novembre 2007 et aux pouvoirs qui lui ont été conférés le mercredi 21 novembre 2007 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sous-comité poursuit son examen des déterminants sociaux de la santé. (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.)

TÉMOINS :

Agence canadienne d'évaluation environnementale :

John Smith, directeur, Affaires législatives et réglementaires;
Tim Smith, conseiller principal en matière de politiques.

Centre de collaboration nationale — Politiques publiques et santé:

Louise Saint-Pierre, Project Manager.

Ms. Saint-Pierre and Mr. John Smith each made a statement and, with Mr. Tim Smith, answered questions.

At 5:35 p.m. the subcommittee suspended.

At 5:38 p.m., pursuant to rule 92(2)(e), the subcommittee continued in camera to discuss future business.

At 5:44 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

Centre de collaboration nationale — Politiques publiques et santé :

Louise Saint-Pierre, chef de projet.

Mme Saint-Pierre et M. John Smith font chacun une déclaration puis, avec l'aide de M. Tim Smith, répondent aux questions.

À 17 h 35, la séance est suspendue.

À 17 h 38, conformément à l'alinéa 92(2)e) du Règlement, le sous-comité poursuit la séance à huis clos pour discuter des travaux futurs.

À 17 h 44, le sous-comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 28, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:10 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 missing three or four senators, who will be along when they can extract themselves from what they are currently doing. Nevertheless, we will proceed because we are duly constituted.

We are delighted to have with us today from the United Nations Association in Canada, Kathryn White, Executive Director; from the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, Dr. André Lalonde, Executive Vice-president; from the Canadian Paediatric Society, Marie Adèle Davis, Executive Director; and from the Canadian Medical Association, Dr. Kathryn Bigsby, Chair of the Child Health Working Group.

We will proceed with Ms. White.

Kathryn White, Executive Director, United Nations Association in Canada: Honourable senators, on behalf of the United Nations Association in Canada, I would like to thank you for this invitation to present our work to you on the social determinants of health. I would also like to pay tribute to the work of this subcommittee, to Dr. Monique Bégin with the WHO commission and, in particular, pay a very special tribute to one of your former members who has been a keen supporter of our work and an inspiration with her advocacy for children of Canada and the world: Landon Pearson.

UNA Canada's Healthy Children, Healthy Communities project was designed to identify and explore social and community factors by which to build positive well-being and stronger, more cohesive communities. It was designed to engage young people as they have not been engaged in the past in both understanding and making recommendations on their own health. These goals have been guided by the existence of key international documents, such as the UN Convention on the Rights of the Child, A World Fit for Children and A Canada Fit for Children. By upholding the principles outlined in these documents, we went to children themselves — to young people across the country — and encouraged them to share with us their stories, voices, concerns and visions for healthy communities.

However, we did not stop there. We also surveyed child health stakeholders such as parents, community administrators and health care specialists, as well as the Canadian public, to help us

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 28 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 10 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 : Il nous manque trois ou quatre sénateurs, mais ils se joindront à nous dès qu'ils pourront se libérer. Nous allons quand même commencer puisque nous avons le quorum.

Nous avons le plaisir d'accueillir aujourd'hui Kathryn White, directrice exécutive de l'Association canadienne pour les Nations Unies; le Dr André Lalonde, vice-président général de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; Marie Adèle Davis, directrice générale de la Société canadienne de pédiatrie; et la Dre Catherine Bigsby, présidente du Groupe de travail sur la santé des enfants, à l'Association médicale canadienne.

Nous allons commencer par Mme White.

Kathryn White, directrice exécutive, Association canadienne pour les Nations Unies : Honorables sénateurs, au nom de l'Association canadienne pour les Nations Unies, j'aimerais vous remercier de nous avoir invités à vous présenter les résultats de notre travail sur les déterminants sociaux de la santé. Je voudrais également rendre hommage à votre sous-comité, à la Dre Monique Bégin, de la commission de l'OMS, et à un ancien membre de votre comité, qui nous a beaucoup appuyés dans notre travail et qui a été une source d'inspiration dans sa défense des enfants au Canada et dans le monde : Landon Pearson.

Le projet « Les enfants sains dans les communautés saines » a été mis sur pied par l'ACNU dans le but de déterminer les facteurs sociaux et communautaires qui favorisent le bien-être des jeunes et permettent de bâtir des collectivités plus fortes et plus solidaires. Il a été conçu de façon à faire participer les jeunes comme jamais ils ne l'avaient fait auparavant, afin qu'ils comprennent mieux l'importance de cette question et qu'ils soient en mesure de faire des recommandations sur leur propre santé. Ces objectifs découlent de documents internationaux importants, comme la Convention des Nations Unies relatives aux droits de l'enfant, Un monde digne des enfants et Un Canada digne des enfants. Tout en nous fondant sur les principes énoncés dans ces documents, nous nous sommes adressés aux enfants eux-mêmes, aux jeunes de tout le Canada, et nous les avons encouragés à nous raconter leur histoire et leurs problèmes et à nous dire comment ils imaginent des collectivités en santé.

Mais nous ne nous sommes pas arrêtés là. Nous avons aussi interrogé d'autres parties intéressées, comme les parents, les administrateurs communautaires et les professionnels de la santé,

better understand the social conditions which affect the lives of Canada's young people. Our research led us to publish *Talking Back to Grownups* in October, 2007. I thank you, chair, for helping us launch that document. It is a report that we encourage you all to read, if you have not already done so.

Since then, the team has developed resource material to continue the engagement of young people through a pan-Canadian youth network and an action toolkit for positive change. This past March, we held a national round-table exploring youth engagement, media and technology and the effects of the built environment on health.

Finally, next week we will publish our newest study, based on continued research in British Columbia, exploring the social determinants of health vis-à-vis the 2010 Winter Olympic Games.

In survey after survey, Canadians are expressing the need for addressing poverty in all its forms here at home and abroad. As a collective, we need to recognize its profound negative impacts on health, especially the health of children, whose first years will set the stage for a lifetime of health care access and consumption. In *UNA Canada's Talking Back to Grownups*, 74 per cent of participating adult Canadians expressed the need to end child poverty, even if it meant raising taxes. Approximately two-thirds of them told us they believe Canadian governments are putting too low a priority on child health programming.

According to our indicators on emotional well-being in children, the trends demonstrate inequalities between Caucasian, Aboriginal and ethnocultural — the UN does not like us to use “visible minority populations” anymore — as well as between high and low socio-economic groups. These numbers may not be new to any of us but, as we met with hundreds of children across the country, it became clearer that we can see the visible impacts of these pressures in children as early as the age of nine years. They are self-reporting these outcomes.

Other key findings demonstrate a continued stigmatization of mental and emotional health issues through significant disconnects in this basic understanding. Our research has shown that 98 per cent of adult Canadians believe that emotional well-being is just as important as physical health. However, only 7 per cent of Canadians believe that young people need to receive more information on this topic.

Let us consider what young people have told us. Our research used a number of indicators to gauge the level of emotional well-being of young people. In asking, for example, “I worry about life” and “I worry about my family's health,” respectively, 62 per cent and 40 per cent of youth agreed. The level of worry exhibited here reinforces the concern that unhealthy stress factors are a growing problem and need greater attention and resources.

sans oublier le public en général, afin de mieux comprendre les conditions sociales qui influent sur la vie et le bien-être des jeunes Canadiens. Nos travaux nous ont amenés à publier *Talking Back to Grownups* en octobre 2007. Je vous remercie, monsieur le président, de nous avoir aidés à lancer ce document. C'est un rapport que nous vous encourageons tous à lire, si ce n'est déjà fait.

Depuis, l'équipe a préparé un plan d'action pour le progrès et mis sur pied un réseau pancanadien et une trousse d'outils pour encourager les jeunes à participer. En mars dernier, nous avons organisé une table ronde pour parler de la participation des jeunes, des médias et de la technologie, ainsi que des effets de l'environnement bâti sur la santé.

Enfin, la semaine prochaine, nous publierons notre toute dernière étude, réalisée en Colombie-Britannique, qui porte sur les déterminants sociaux de la santé dans le contexte des Jeux olympiques d'hiver de 2010.

Étude après étude, les Canadiens nous disent qu'il faut s'attaquer au problème de la pauvreté sous toutes ses formes, au Canada et à l'étranger. Nous devons reconnaître les incidences négatives considérables que la pauvreté peut avoir sur la santé, surtout sur celle des enfants, car les premières années de la vie d'un enfant sont déterminantes pour ce qui est des soins de santé dont il aura besoin plus tard. Dans notre rapport *Talking Back to Grownups*, nous indiquons que 74 p. 100 des Canadiens adultes disent vouloir mettre un terme à la pauvreté des enfants, même s'il faut pour cela augmenter les impôts. Environ les deux tiers d'entre eux estiment que les gouvernements canadiens n'accordent pas assez de priorité à la santé des enfants.

Nos indicateurs sur le bien-être émotionnel des enfants révèlent des inégalités entre les enfants d'origine caucasienne, autochtone et ethnoculturelle — l'ONU ne veut plus que nous utilisions l'expression « minorités visibles » — et entre les groupes socio-économiques à revenus élevés et faibles. Ces conclusions ne vous surprennent peut-être pas beaucoup, mais nous avons rencontré des centaines d'enfants dans tout le pays, et avons constaté des impacts visibles de ces pressions sur les enfants dès l'âge de neuf ans, que les enfants ont eux-mêmes signalés.

D'autres conclusions importantes de l'étude révèlent une certaine stigmatisation des questions reliées à la santé émotionnelle, souvent due à une incompréhension de ce problème. Notre étude indique que, pour 98 p. 100 des Canadiens adultes, le bien-être émotionnel est tout aussi important que la santé physique. Par contre, seulement 7 p. 100 des Canadiens estiment que les jeunes ont besoin d'avoir plus d'information sur ce sujet.

Voyons maintenant ce que les jeunes nous ont dit. Pour notre étude, nous avons utilisé un certain nombre d'indicateurs pour mesurer le bien-être émotionnel des jeunes. Quand on leur a demandé, par exemple, si les énoncés suivants reflétaient ce qu'ils pensaient : « Ma vie est une source de préoccupations » et « La santé de la famille m'inquiète », 62 et 40 p. 100 des jeunes, respectivement, ont répondu que oui. Le niveau de préoccupation indiqué ici montre bien que les facteurs de stress sont un problème important qui nécessite davantage de réflexion et de ressources.

Evidently, many Canadians that we spoke with outlined that there is a significant lack of mental health specialists and services, particularly in rural or remote communities. Our strategies must integrate advocacy for good mental health through strong social marketing as aggressively as we have with physical health. On this we also applaud the creation of the Mental Health Commission of Canada, led by your former colleague.

You should know that we have just touched on some of the issues covered in our three years of research, but the question is: where do we go from here? How do we begin to address some of these health issues raised by young people themselves?

The social determinants of health are about relationships, culture, an individual sense of belonging and attachment to the community and, most important, about engagement and a sense of choice or control. Good health is good citizenship. Today, we recommend the following steps forward:

A focus on emotional well-being and mental health through targeted public education and outreach, and the strengthening of communities to improve health outcomes. We call for further research into what both the built community and the social community can do to increase good health outcomes.

Community-level differences are occurring across various indicators. Further research at the community level is needed to identify these factors that contribute to young people's health, as well as community-specific solutions. We need to begin looking at neighbourhoods in which people live and work and evaluate if they are organized in such a way that allows people to lead flourishing lives.

The next item is to create integrative and cohesive health policies and practices focusing on the social determinants of health. Children's lives are shaped by three key parts of their society: parents and guardians, the school, and the community as a whole. Health policies must focus on ensuring mutually supportive roles. Parents and guardians must have the ability to play an active and positive role in the lives of their children. The school must be a place where they can grow and be empowered to take action in their own lives. The community must be a place where positive relationships and connections are formed and reinforced.

We also need to focus on vulnerable youth. The importance of placing special attention on Aboriginal, new Canadians and visible minority young Canadians cannot be overemphasized. These people consistently bear the burden of lower standards of living, poorer quality of life and unequal distribution of resources. We must understand their realities and realize that these are issues of child rights. The responsibilities, of course, lie with us.

The next item is to give a voice to children and communities, and amplify this voice as necessary. Child and citizen health empowerment is perhaps the most important role that civil society, government and the health care sector can play together.

Bon nombre de Canadiens à qui nous avons parlé nous ont dit qu'il n'y avait pas assez de spécialistes et de services de santé mentale, surtout dans les collectivités rurales ou éloignées. Nous devons donc faire la promotion de la santé mentale de façon aussi agressive que nous l'avons fait pour la santé physique. À ce propos, nous nous réjouissons de la création de la Commission de la santé mentale du Canada, qui est dirigée par votre ancien collègue.

Nous n'avons fait que survoler certaines des questions que nous avons traitées pendant les trois années de notre étude, mais nous devons aujourd'hui nous poser la question suivante : que faire maintenant? Comment allons-nous régler les problèmes que les jeunes ont mentionnés?

Les déterminants sociaux de la santé, ce sont les relations humaines, la culture, un sentiment d'appartenance et d'attachement à la collectivité et, surtout, une sorte d'engagement et un certain degré de contrôle sur sa propre vie. Un homme et une femme en bonne santé sont de bons citoyens. Voici les mesures que nous recommandons.

Il faut mettre l'accent sur l'équilibre émotionnel et la santé mentale au moyen d'initiatives de sensibilisation et d'information du public, et il faut renforcer les collectivités afin d'améliorer l'état de santé de leurs membres. Nous recommandons également de faire des recherches sur l'influence positive que les infrastructures physiques et sociales peuvent avoir sur la santé.

Plusieurs indicateurs révèlent des différences entre les collectivités. Il faudrait donc faire d'autres recherches au niveau communautaire pour déterminer les facteurs qui contribuent à la santé des jeunes, ainsi que les solutions propres à une collectivité. Il faudrait aussi faire des recherches au niveau des quartiers, afin de voir si leur aménagement est propice à l'épanouissement des gens qui y vivent et qui y travaillent.

Nous recommandons ensuite de mettre en place des politiques de santé intégratives et globales, ainsi que des pratiques axées sur les déterminants sociaux de la santé. La vie des enfants est déterminée par trois grands piliers de leur milieu : les parents et tuteurs, l'école, et la communauté dans son ensemble. Les politiques de santé doivent leur permettre de se soutenir les uns les autres. Les parents doivent avoir la possibilité de jouer un rôle actif et positif dans la vie de leurs enfants. L'école doit être un endroit où l'enfant peut s'épanouir et prendre des initiatives concernant sa propre vie. La communauté doit être un espace où l'enfant peut établir et entretenir des relations positives.

Nous recommandons également de mettre l'accent sur les jeunes vulnérables. On ne saurait trop insister sur la nécessité d'accorder une attention spéciale aux jeunes Canadiens d'origine autochtone, étrangère ou ethnique, car ces jeunes connaissent invariablement un niveau de vie et une qualité de vie inférieurs, et sont victimes d'une répartition inégale des ressources. Nous devons nous sensibiliser à leurs réalités et comprendre que cela fait partie des droits des enfants.

Enfin, il faut donner la parole aux enfants et aux collectivités, et l'amplifier au besoin. L'autonomisation des enfants et des citoyens en matière de santé est sans doute le rôle le plus important que la société civile, le gouvernement et le secteur de la

We recognize the work that is already being done by so many civil society organizations in strengthening the voice of young people, and we commend them. We also urge government to increase commitments to this area.

The Government of Canada has shown their leadership through their unswerving support of UNA-Canada HC2 initiative, Healthy Children, Healthy Communities, by encouraging our exploration for a deeper understanding of the effects of the social determinants of health on children. We must continue to do so.

The Chair: Thank you. Our next speaker is Dr. André Lalonde. The population health report will deal with the human life cycle, beginning with parenting, then moving on to maternal health, early childhood development and on through the life cycle until we reach the end of it. It is very fitting that we have Dr. Lalonde here to talk about how we achieve healthy mothers and healthy children, and how we avoid unhealthy mothers and unhealthy children.

[Translation]

Dr. André Lalonde, Executive Vice-president, Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada: Mr. Chairman, first of all I would like to thank honorable senators for inviting me before this committee today, in particular senator Wilbert Keon and his colleagues here, who are all so dedicated to the issue of health care and specifically health care for the Canadian population.

It is a pleasure to be here today with my colleagues from the Canadian Medical Association of Canada, the Canadian Paediatric Society and the United Nations Association in Canada, to talk about this issue. We agree on many aspects of the question, specifically on the fact that a healthy childhood is the key to a healthy society.

[English]

I know you are looking for recommendations for your fourth report. The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, or SOGC, is pleased to provide you with some concrete ideas about what can be done to improve child health. It will not surprise you that these recommendations will start at the very beginning because you cannot have a useful discussion about promoting and ensuring child health without talking about maternal health.

Mother and child are the inseparable dyad. Science now has clearly established that the health of the mother directly affects the health of her child, from preconception to prenatal, labour, delivery and post-partum. During these weeks and months a child's entire future may be decided, sometimes even before the child is born. You only have to type "fetal origins of adult disease" into the Google search engine and you will find countless references to scientific research in which the link between the

santé peuvent jouer tous ensemble. Nous rendons hommage aux nombreuses organisations de la société civile qui cherchent à donner la parole aux jeunes. Nous recommandons au gouvernement d'en faire davantage dans ce domaine.

Le gouvernement du Canada a déjà fait preuve de leadership en accordant un appui indéfectible à l'initiative EsCs de l'ACNU : Les enfants sains dans les communautés saines, qui nous permet de mieux comprendre les effets des déterminants sociaux de la santé sur les enfants. Mais nous ne devons pas nous arrêter là.

Le président : Merci. Je vais maintenant donner la parole au Dr André Lalonde. Le rapport sur la santé des populations va englober tout le cycle de vie de l'homme, en commençant par l'éducation donnée par les parents, la santé de la mère, la petite enfance, et ainsi de suite jusqu'à la mort. Il est donc tout à fait pertinent que nous recevions aujourd'hui le Dr Lalonde puisqu'il va nous dire ce qu'il faut faire et ne pas faire pour avoir des mères et des enfants en bonne santé.

[Français]

Dr André Lalonde, vice-président général, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada : Monsieur le président, j'aimerais d'abord remercier les honorables sénateurs pour cette invitation à comparaître devant le sous-comité aujourd'hui, particulièrement le président du comité, le sénateur Wilbert Keon, et ses collègues ici présents qui sont tous, sans contredit, des champions dévoués aux questions des soins de santé, particulièrement celles qui ont trait à la santé des Canadiens et des Canadiennes.

C'est avec grand plaisir que je me joins à mes collègues de l'Association médicale canadienne, de la Société canadienne de pédiatrie et de l'Association canadienne pour les Nations Unies dans le cadre de ce groupe de discussion. Nous nous entendons sur bien des points et surtout sur le fait qu'une enfance saine est le pilier d'une société saine.

[Traduction]

Je sais que vous recherchez des éléments sur quoi fonder les recommandations de votre quatrième rapport. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, la SOGC, est heureuse de vous donner des exemples concrets de mesures qui peuvent être prises pour améliorer la santé des enfants. Je ne vais surprendre personne en disant qu'il faut intervenir au tout début, car on ne peut pas sérieusement parler de promouvoir et de garantir la santé des enfants si l'on ne s'intéresse pas à la santé de la mère.

La mère et l'enfant sont une dyade inséparable. La science a clairement démontré que la santé de la mère influe directement sur la santé de son enfant, avant même la conception, pendant la grossesse, pendant le travail et l'accouchement et jusqu'au post-partum. Ces quelques semaines et ces quelques mois peuvent déterminer la santé future de l'enfant, parfois même avant sa naissance. Il vous suffit de taper « origines foetales d'une maladie d'adulte » dans Google pour voir apparaître d'innombrables

onset of certain diseases can be linked to an adverse fetal environment: type 2 diabetes, hypertension, cardiovascular disease, asthma, et cetera.

[*Translation*]

Studies have been undertaken to explore the impact of factors like herbicides, PCBs, bad food habits, adverse fetal environment during the first weeks after conception, anxiety problems, on the onset of illnesses like Parkinson's disease, dementia, cancer, osteoporosis, and many birth defects.

[*English*]

Imagine if we could reduce the risk factors for these diseases even before a child was born. Think of the improvement to their quality of life and their productivity to society, let alone the very real, positive impact on health care budgets where we see these kinds of diseases requiring ever-increasing funding commitments.

While there are many important social determinants of health, women are in quadruple jeopardy for the most important of all of these determinants: poverty. If you are a woman, if you are a single woman, if you are an Aboriginal woman, if you are a pregnant woman, there is a very good chance you will be poor, that your pregnancy will be affected by your poverty, that your child will be poor and that your child's health will be affected by this poverty.

This is especially true for First Nations, Inuit and Métis communities. One out of every four First Nations children lives in poverty compared to one out of six Canadian children. First Nations families are three times more likely to experience poor living conditions. More than half of all First Nations citizens are unemployed. Seventy per cent of First Nations students will never complete high school, and about one in six First Nations homes are overcrowded.

Last year, the SOGC joined the campaign Make Poverty History: The First Nations Plan for Creating Opportunity, led by National Chief Phil Fontaine of the AFN, to fight child poverty in First Nations.

[*Translation*]

The SOGC believes that any initiative requires the engagement and participation of First Nations, Inuit and Métis communities. That is why we have been holding consultations with Aboriginal groups concerning birthing. We strongly believe that a positive birthing experience is the foundation that will allow us to improve child health.

références à des études scientifiques démontrant que certaines maladies peuvent être liées à un environnement fœtal défavorable : le diabète de type 2, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, l'asthme, et cetera.

[*Français*]

Des recherches sont en cours pour observer le rôle de facteurs tels que les herbicides, les BPC, la mauvaise nutrition, les conditions défavorables pendant les premiers stades de développement fœtal, les troubles d'anxiété; tous ces facteurs sur les manifestations de maladies telles que la maladie de Parkinson, la démence, le cancer, l'ostéoporose et nombre d'anomalies congénitales.

[*Traduction*]

Imaginez si nous pouvions réduire les facteurs de risques de ces maladies avant même que l'enfant ne soit né. Songez à l'amélioration de sa qualité de vie et de sa contribution à la société, sans parler de l'impact réel et positif sur les budgets de santé, étant donné que le traitement de ces maladies nécessite des investissements croissants.

Il existe un grand nombre de déterminants sociaux de la santé, mais les femmes ont quatre fois plus de risques d'être victimes du plus important de ces déterminants : la pauvreté. Si vous êtes une femme célibataire autochtone, et que vous êtes enceinte, il y a de fortes chances pour que vous soyez pauvre, que votre grossesse soit affectée par la pauvreté, que votre enfant soit pauvre, et que la santé de votre enfant soit elle aussi affectée par la pauvreté.

C'est particulièrement vrai des collectivités des Premières nations, des Inuits et des Métis. Un enfant sur quatre des Premières nations vit dans la pauvreté, alors que ce chiffre n'est que de un sur six chez les enfants canadiens. Chez les Premières nations, les familles sont trois fois plus susceptibles de vivre dans la pauvreté; plus de la moitié de la population active est au chômage; 70 p. 100 des élèves ne termineront jamais l'école secondaire, et une maison sur six est surpeuplée.

L'an dernier, la SOGC a participé à la campagne « Abolissons la pauvreté : le plan des Premières nations pour créer des débouchés », qui a été lancée par le chef national de l'APN, Phil Fontaine, afin de lutter contre la pauvreté des enfants chez les Premières nations.

[*Français*]

La SOGC croit que toute initiative doit être fondée sur la participation et la concertation avec les populations des Premières nations, métisses et inuites. C'est pourquoi nous tenons des consultations avec les groupes autochtones en ce qui concerne l'accouchement. Nous croyons qu'une expérience positive en matière d'accouchement nous permettra d'élaborer des bases solides en vue d'améliorer la santé infantile.

[English]

Through its strategic direction on Aboriginal health, the SOGC has accepted this challenge of an Aboriginal birthing initiative. Over the past two years the SOGC has been seeking support for a national birthing initiative for Canada, which includes a component on Aboriginal birth. The initiative was developed in collaboration with five partners: The College of Family Physicians of Canada, the Society of Rural Physicians of Canada, the Association of Women's Health, Obstetrics and Neonatal Nurses (Canada), the Canadian Nurses Association and the Canadian Association of Midwives. The plan covers seven key actions to ensure that mothers and babies from Corner Brook to Comox to Iqaluit receive the care they need. Without going into details, here are the highlights.

First, we must listen to women and to their needs. Second, we should be working together collaboratively across professions. Third, we should gather accurate data. As you know, we have a hard time comparing our data with other countries' data since we cannot get accurate data. Fourth, create and implement national, standardized practice guidelines for every province. Fifth, develop a standardized pan-Canadian curriculum for post-secondary education, maternal and newborn health. Sixth, mandate maternity patient safety programs. Seventh, establish national oversight.

Today, the SOGC would like to make recommendations to the Senate committee. First, that the Government of Canada commit to reducing maternal and child poverty in the next five to ten years by providing pregnancy and newborn benefits as early as 20-weeks gestation, for example, rather than only through the post-partum period; guarantee early prenatal care; provide better support for day care and have a national daycare system; provide better education for young children.

Second, that the federal government adopt a national birthing initiative that includes an Aboriginal birthing component. By doing so, we would be implementing the groundbreaking recommendations of the Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project that reported a year and a half ago to Health Canada, and the recommendations are still not implemented.

[Translation]

Third, that child health include maternal health, because when the mother is not in good health, the child will be much less likely to live a healthy and disease-free life.

[Traduction]

Ayant fait de la santé autochtone une de ses orientations stratégiques, la SOGC a décidé de lancer une Initiative reliée à la naissance en milieu autochtone. Depuis deux ans, la société essaie de mobiliser des appuis pour lancer une Initiative pancanadienne reliée à la naissance, avec une composante autochtone. L'initiative a été préparée avec cinq partenaires : le Collège des médecins de famille du Canada, la Société de la médecine rurale du Canada, l'Association des infirmières en santé des femmes, en obstétrique et en néonatalogie, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, et l'Association canadienne des sages-femmes. L'Initiative prévoit sept grandes mesures à prendre pour s'assurer que, de Corner Brook à Comox en passant par Iqaluit, les mères et les enfants reçoivent tous les soins dont ils ont besoin. Sans entrer dans les détails, je vais vous donner les grandes lignes de cette initiative.

Premièrement, il faut écouter les femmes. Deuxièmement, il faut faciliter la collaboration entre les professions. Troisièmement, il faut recueillir des données. Comme vous le savez, nous avons du mal à comparer nos données avec celles d'autres pays car les nôtres ne sont pas exactes. Quatrièmement, il faut mettre en place des lignes directrices standardisées pancanadiennes dans chaque province. Cinquièmement, il faut élaborer un programme de formation postsecondaire standardisé, à l'échelle du Canada, dans le domaine des soins de la mère et du nouveau-né. Sixièmement, il faut créer un programme de formation continue pour améliorer la sécurité des patientes. Septièmement, il faut implanter des modèles de soins à l'échelle nationale.

Aujourd'hui, la SOGC aimerait soumettre plusieurs recommandations à votre comité. Premièrement, le gouvernement du Canada devrait s'engager à réduire la pauvreté chez les mères et les enfants au cours des cinq à dix prochaines années, en versant des allocations dès la 20^e semaine de grossesse, plutôt que de seulement attendre après la naissance; en garantissant des soins prénatals dès le début de la grossesse; en mettant sur pied un système national de garde d'enfants; et en offrant de meilleurs services d'éducation pour les enfants en bas âge.

Deuxièmement, le gouvernement fédéral devrait adopter une initiative pancanadienne reliée à la naissance, avec une composante autochtone. Ce faisant, il mettrait en œuvre les recommandations fort novatrices, mais jusque-là restées sans réponse, du Projet de soins primaires obstétriques concertés qui a été soumis à Santé Canada il y a un an et demi.

[Français]

Troisièmement, que la santé infantile soit définie comme allant de pair avec la santé maternelle, confirmant le fait que si la mère n'est pas en santé, les probabilités que son enfant mène une vie saine et exempte de maladies sont grandement réduites.

[English]

Four, that mothers receive prenatal, labour and delivery support and postnatal care when they need it and that infant care always include the care of the mother. Five, that the federal government commit to bringing maternity care and childbirth back to rural, remote and Aboriginal communities so that families do not have to be separated when a due date approaches in order to be assured a safe and healthy outcome.

[Translation]

Canada must do better in child and maternal health issues. These recommendations will allow us to reach that goal.

[English]

In closing, the SOGC has undertaken a survey of our existing emergency obstetrical care capacity. For example, are there enough obstetricians in Canada to respond to emergency obstetrical care? The preliminary results, which I am now studying, suggest that the maternity care human resources situation is more urgent and critical than ever. We will see some grave problems in five to ten years. If we do not take steps now to ensure healthier mothers and babies, we are setting ourselves up for failure on many other fronts in the future. Let us not wait for the cracks in the system to become the crisis on the front pages of our newspapers.

[Translation]

I will be happy to answer any question you may have.

[English]

The Chair: Thank you very much, Dr. Lalonde, for all the time you have put into this and for your presentation.

We will now hear from Ms. Davis from the Canadian Paediatric Society.

Marie Adèle Davis, Executive Director, Canadian Paediatric Society: Thank you for the opportunity to present to your subcommittee today.

[Translation]

I am here today to represent the Canadian Paediatric Society, the professional home for more than 2,600 paediatricians, paediatric subspecialists and other child and youth health providers.

[English]

The Canadian Paediatric Society has been working on behalf of children and youth since 1922. For much of that time, our primary focus has been on what are considered medical issues:

[Traduction]

Quatrièmement, les mères devraient recevoir les soins dont elles ont besoin pendant la grossesse, pendant le travail, pendant l'accouchement et après la naissance, et la santé du nouveau-né devrait inclure celle de la mère. Cinquièmement, le gouvernement fédéral devrait s'engager à réimplanter des services de maternité dans les régions rurales et isolées et dans les communautés autochtones, afin que les mères ne soient plus obligées de quitter leur famille pour pouvoir aller accoucher dans un établissement bien équipé et avoir ainsi le maximum de chances d'avoir un bébé en bonne santé.

[Français]

Le Canada se doit de faire mieux en matière de santé maternelle et infantile. Ces recommandations permettront d'y arriver.

[Traduction]

Pour terminer, j'aimerais vous dire que la SOGC a entrepris une étude sur notre capacité actuelle en soins obstétrique d'urgence. Il faut en effet se demander, par exemple, s'il y a suffisamment d'obstétriciens au Canada pour répondre aux situations d'urgence. D'après les résultats préliminaires, que nous examinons actuellement, il semblerait que les ressources humaines en soins maternels soient plus problématiques que jamais, et que, d'ici cinq à dix ans, la situation ne fera qu'empirer. Si nous ne prenons pas dès maintenant des mesures pour garantir une meilleure santé aux mères et à leurs nouveau-nés, nous connaissons de graves problèmes sur bien d'autres fronts. N'attendons donc pas que la crise se produise et fasse la une des journaux.

[Français]

C'est avec plaisir que je répondrai à vos questions.

[Traduction]

Le président : Merci, Dr Lalonde, de cet exposé et de tout le temps que vous y avez consacré.

Nous allons maintenant entendre Mme Davis, de la Société canadienne de pédiatrie.

Marie Adèle Davis, directrice générale, Société canadienne de pédiatrie : Merci, monsieur le président, de me permettre de m'adresser à votre comité aujourd'hui.

[Français]

Je suis ici au nom de la Société canadienne de pédiatrie, une association professionnelle qui représente plus de 2 600 pédiatres, pédiatres avec sous-spécialité et autres dispensateurs de soins aux enfants et aux adolescents.

[Traduction]

La Société canadienne de pédiatrie défend la cause des enfants et des jeunes depuis 1922. Elle s'est toujours principalement intéressée à ce qu'on appelle des questions médicales : comment

stemming the spread of infectious disease, ensuring children and youth have access to immunizations, advocating for nutritional and neonatal standards, injury prevention legislation and others.

Despite progress, these are still top priorities for CPS. In the area of injury prevention, for example, Canada has a long way to go. We rank twenty-second among 29 OECD nations in preventable childhood injuries and deaths. The CPS is a strong advocate for a national injury prevention strategy, as recommended in Kellie Leitch's recent report to the Minister of Health.

However, we know that to be successful in injury prevention and so many other aspects of child and youth health, we need to look beyond the traditional medical model. We need to look at how to improve the conditions that lead to good health. Yet, our approaches to improving health in Canada have taken on a narrow focus at times. Reducing wait times, for example, is important, but it is a short-term fix. Improving the health of Canadians means taking a longer-term and much broader view.

We know a great deal today about what makes children and youth healthy, and the most influential determinants have to do with the health and well-being of their families, their mothers, their communities and the environments in which they live. Growing up healthy means more than having access to medical services. It means having a stable family income, a nurturing home and community, a solid education, opportunities to grow and develop, and so much more.

The Canadian Paediatric Society, along with the Canadian Medical Association and the College of Family Physicians of Canada, articulated much of this in Canada's Child and Youth Health Charter, which was launched last year after consultation with leading experts and organizations. Unfortunately, to date, the federal government has not indicated a willingness to formally support or endorse this charter.

Canada has not fared well in international comparisons of child health and well-being. One recent report from UNICEF shows Canada ranking twelfth of 21 wealthy countries on overall child well-being. Despite technology and the means to deliver the best health care in the world, Canadian children are not doing as well as they could be. Why? In part, we feel there is a lack of sustained political will and commitment to make children and youth a priority. Canada also falls short in creating the conditions that nurture good health, as my colleagues indicated. Nearly 20 years after a motion to end child poverty by the year 2000

endiguer la propagation des maladies infectieuses, s'assurer que les enfants et les jeunes ont accès à des vaccins, et faire la promotion de normes en matière de nutrition et de soins néonataux, et de projets de loi destinés à prévenir les blessures, et cetera.

Malgré les progrès enregistrés à ce chapitre, ces questions sont encore de grandes priorités pour notre société. Dans le domaine de la prévention des blessures, par exemple, le Canada a encore fort à faire. En effet, nous nous plaçons au 22^e rang des 29 pays de l'OCDE en ce qui concerne le nombre de blessures et de décès qui auraient pu être évités chez les enfants. La Société préconise ardemment la mise en place d'une stratégie nationale de prévention des blessures, comme le recommande un rapport récent de Kellie Leitch au ministre de la Santé.

Nous savons toutefois que, comme c'est le cas pour bien d'autres aspects de la santé des enfants et des jeunes, une telle stratégie, pour donner des résultats, ne doit pas se limiter au modèle médical traditionnel. Nous devons réfléchir à la façon dont nous pouvons améliorer les conditions qui favorisent une bonne santé. Et pourtant, il nous arrive souvent d'adopter des approches trop limitées lorsqu'il s'agit d'améliorer l'état de santé de la population canadienne. La réduction des délais d'attente, par exemple, est un objectif important, mais ce n'est qu'un cataplasme. Pour améliorer la santé des Canadiens, il faut adopter une approche beaucoup plus large et à plus long terme.

À l'heure actuelle, nous savons beaucoup de choses sur ce qui favorise la bonne santé des enfants et des jeunes. Nous savons aussi que la plupart des principaux déterminants concernent la santé et le bien-être de leur famille et de leur mère, leur communauté, et l'environnement dans lequel ils vivent. Grandir en bonne santé, ce n'est pas seulement avoir accès à des services médicaux. C'est disposer d'un revenu familial stable, vivre dans une maison et une communauté favorisant l'épanouissement, acquérir une solide éducation, avoir des possibilités de s'épanouir et de se développer, et bien d'autres choses encore.

La Société canadienne de pédiatrie, de concert avec l'Association médicale canadienne et le Collège des médecins de famille, a articulé un grand nombre de ces principes dans la Charte canadienne de la santé des enfants et des jeunes, qui a été lancée l'an dernier après consultation de grands spécialistes et d'autres organisations. Malheureusement, le gouvernement fédéral n'a toujours pas indiqué s'il était disposé à endosser officiellement cette charte.

Le Canada n'occupe pas une place très enviable dans les classements internationaux sur la santé et le bien-être des enfants. Selon un rapport récent de l'Unicef, le Canada occupe le 12^e rang, parmi 21 pays riches, en ce qui concerne le bien-être général des enfants. Malgré la technologie et les cerveaux dont nous disposons et qui devraient nous permettre d'offrir les meilleurs services de santé au monde, les enfants canadiens ne sont pas aussi bien soignés qu'ils devraient l'être. Pourquoi? En partie, à notre avis, par manque d'une réelle volonté politique de faire des enfants et des jeunes une priorité. Comme l'ont indiqué mes

passed unanimously in the House of Commons, the rate of child poverty has not changed.

The need for leadership is crucial. That is why the Canadian Paediatric Society is calling for a federal commissioner for children and youth, an independent voice that will ensure the views and needs of children and youth are considered in all relevant national public policy decisions. A commissioner would ensure that the federal government is accountable to young Canadians. This was recommended by your colleagues in the Standing Senate Committee on Human Rights.

The federal government has received clear direction on many children's health issues, thanks to the report from Dr. Leitch. She has indicated that injury prevention, preventing childhood obesity and improving mental health should be top priorities. We support her recommendations wholeheartedly. However, we are disturbed that the federal government has still not responded publicly to her report. We encourage them to work with child and youth advocates to ensure that the recommendations in the report take shape in the coming months and years.

Still, even in Dr. Leitch's report, explicit mention of the broad determinants of health appears as an appendix; this despite knowing that in order to make progress on issues such as obesity and mental health it is critical to look at children's families, social environments, education and much more.

Four years ago, the federal government signed on to A Canada Fit For Children, which underlined the need for a broader lens on child and youth health. Yet, past and current governments alike have instead taken a more narrow view. We look forward to your report encouraging them to take a broader view. We know what is needed to improve the health and well-being of children and youth. What we need now is political will and immediate action.

As a representative of an organization of pediatricians, I also need to make you aware, as Dr. Lalonde did, of the serious human resource shortages we are facing. When children and youth come into contact with the health care system, they need timely access to the range of professionals who support their growth and development, promote health and safety, and provide quality care for acute and chronic problems. However, there are fewer and fewer pediatricians to share the workload, and more children with complex medical issues.

collègues, le Canada réussit moins bien que les autres pays à créer les conditions qui favorisent une bonne santé. Près de 20 ans après l'adoption unanime par la Chambre des communes d'une motion visant à mettre un terme à la pauvreté chez les enfants d'ici à l'an 2000, le taux de pauvreté chez les enfants n'a pas changé.

Il faut donc que quelqu'un se saisisse du dossier, et c'est la raison pour laquelle la Société canadienne de pédiatrie réclame la nomination d'un commissaire fédéral à la jeunesse, qui serait le porte-parole des enfants et des jeunes lors de l'examen de politiques publiques nationales les concernant. L'existence de ce commissaire obligerait le gouvernement fédéral à rendre des comptes aux jeunes Canadiens. C'est ce qu'ont recommandé vos collègues du Comité sénatorial permanent des droits de la personne.

Le gouvernement fédéral dispose d'orientations très claires sur beaucoup de questions concernant la santé des enfants, grâce au rapport du Dre Leitch. L'auteur y indique que la prévention des blessures, la prévention de l'obésité chez les enfants et l'amélioration de la santé mentale devraient être des priorités. Nous appuyons ses recommandations à 100 p. 100, mais nous ne comprenons pas pourquoi le gouvernement fédéral n'a toujours pas répondu officiellement à ce rapport. Nous l'encourageons à travailler avec les défenseurs des enfants et des jeunes pour que les recommandations du rapport soient mises en oeuvre au cours des prochains mois et des prochaines années.

Dans le rapport de la Dre Leitch, la liste explicite des déterminants de la santé figure en annexe, et ce, alors que nous savons parfaitement que, pour faire des progrès sur des questions comme l'obésité et la santé mentale, il est indispensable de tenir compte de la famille des enfants, de leur environnement social, de leur éducation et de bien d'autres choses.

Il y a quatre ans, le gouvernement fédéral a signé un document intitulé Un Canada digne des enfants, qui souligne la nécessité d'adopter une approche plus vaste en ce qui concerne la santé des enfants et des jeunes. Or, les gouvernements passés et le gouvernement actuel continuent d'adopter une approche trop étroite. Nous espérons que, dans votre rapport, vous encouragerez le gouvernement à adopter une approche plus large. Nous savons ce qu'il faut faire pour améliorer la santé et le bien-être des enfants et des jeunes; il ne manque plus que la volonté politique et une intervention immédiate.

En tant que représentante d'une association de pédiatres, je dois aussi vous sensibiliser, comme l'a fait le Dr Lalonde, à la grave pénurie de ressources humaines que nous connaissons. Lorsque des enfants et des jeunes ont besoin de soins de santé, ils doivent pouvoir avoir accès, sans attendre, à des professionnels qui vont encourager leur croissance et leur développement, promouvoir leur santé et leur sécurité, et leur fournir les soins actifs et de longue durée dont ils ont besoin. Malheureusement, les pédiatres sont de moins en moins nombreux à se partager le travail, alors qu'il y a de plus en plus d'enfants avec des problèmes médicaux complexes.

Pediatricians are integral to child and youth health care in Canada. Not only do they provide clinical care but they are also actively working to improve the communities in which children live. Fewer pediatricians means fewer advocates working to improve the broad determinants of health for children and youth.

This is not an issue that has resonated with Canada's provincial and territorial governments. They are not developing human resource strategies that respond to the needs of children and youth. The CPS 2007 status report on public policy revealed that no province or territory currently has a pediatric human resource plan.

[*Translation*]

Children and youth must have access to the best health care services we can provide. Wherever they live, whatever their parents's incomes or the colour of their skin, they are entitled to the best health care possible, and our role is to help them do that.

[*English*]

The Chair: Thank you, Ms. Davis.

Dr. Kathryn Bigsby, Chair, Child Health Working Group, Canadian Medical Association: On behalf of the Canadian Medical Association, I thank you for the opportunity to be here today and I commend the subcommittee for focusing on the critical issue of child health.

My presentation today will focus on three areas. The first is what the Canadian Medical Association has done, and plans to do, in the area of children's health; the second is why the Canadian Medical Association has chosen to focus on the early years as a priority; and the third is recommendations for the subcommittee and for government for action in the area of children's health.

Physicians see the adverse effects of poor child health all too often, and as a pediatrician I see it every day in my work. We strongly believe that all children should have access to the best possible start in life. That healthy start includes opportunities to grow and develop in a safe and supportive environment with access to health services, as needed.

The CMA has been proud to be a partner in the Child Health Initiative, an alliance between the CMA, the Canadian Paediatric Society and the College of Family Physicians of Canada that has pressed for improvements in child health and the development of child health goals.

The CHI held the Child Health Summit last year where it developed the Canada's Child and Youth Health Charter based on three principles: A safe and secure environment, good health and development and a full range of health resources available to all. The charter states that all children should have things such as clean water, air and soil, protection from injury and exploitation,

Les pédiatres font partie intégrante des services de santé pour les enfants et les jeunes au Canada. Non seulement ils dispensent des soins cliniques, mais ils travaillent aussi activement à l'amélioration des communautés dans lesquelles vivent les enfants. S'il y a moins de pédiatres, cela signifie qu'il y aura moins de personnes résolues à améliorer les déterminants de la santé pour les enfants et les jeunes.

Ce n'est pas un problème qui interpelle les gouvernements provinciaux et territoriaux. Ils n'ont mis en place aucune stratégie de ressources humaines pour répondre aux besoins des enfants et des jeunes. Dans son rapport de 2007 sur les politiques publiques, notre Société indique qu'aucune province et aucun territoire ne s'est doté d'un plan de ressources humaines en pédiatrie.

[*Français*]

Les enfants et les adolescents ont droit aux normes de santé les plus élevées que ce pays a à offrir. Quel que soit leur lieu de résidence, le revenu de leurs parents ou la couleur de leur peau, ils ont droit à la meilleure santé possible et nous sommes tenus de contribuer à y parvenir.

[*Traduction*]

Le président : Merci, madame Davis.

Dre Kathryn Bigsby, présidente du Groupe de travail sur la santé des enfants, Association médicale canadienne : Au nom de l'AMC, je vous remercie de nous donner l'occasion de prendre la parole devant vous aujourd'hui, et je félicite le sous-comité de se concentrer sur la question critique de la santé des enfants.

Mon propos d'aujourd'hui portera sur trois aspects. Premièrement, ce que l'Association médicale canadienne a fait et prévoit faire dans le domaine de la santé des enfants. Deuxièmement, la raison pour laquelle l'Association médicale canadienne a choisi de se concentrer en priorité sur les premières années de la vie. Et troisièmement, les interventions que nous recommandons au Sous-comité et au gouvernement en matière de santé des enfants.

Les médecins sont très souvent témoins des effets néfastes de la mauvaise santé chez les enfants. Nous sommes convaincus que tous les enfants devraient bénéficier du meilleur départ possible dans la vie, ce qui comprend la possibilité de grandir et de se développer dans un environnement sécuritaire favorable et d'avoir accès aux services de santé nécessaires.

L'AMC a été fière de participer à l'Initiative sur la santé des enfants, alliance entre l'AMC, la Société canadienne de pédiatrie et le Collège des médecins de famille du Canada, qui a exercé des pressions en faveur de l'amélioration de la santé des enfants et du développement d'objectifs en matière de santé des enfants.

L'ISE a tenu l'an dernier un Sommet sur la santé des enfants et des jeunes, dont une des principales réalisations a été la production d'une Charte de la santé des enfants et des jeunes qui repose sur trois principes : un environnement sécuritaire et protégé; une bonne santé et un bon développement; un éventail complet de ressources de santé disponibles à tous. La Charte

and prenatal and maternal care for the best possible health at birth.

Further, the charter recognizes the need for proper nutrition for proper growth and long-term health, early learning opportunities and high-quality care at home and in the community, and basic health care including immunizations, drugs, mental and dental health.

Delegates at the summit also endorsed the Child Health Declaration and the Child Health Challenge, a call to action to make the charter a reality. Going forward, the Canadian Medical Association will invest considerable time and effort to develop policy targeting children from birth to 5 years of age. To that end, the CMA will host the Child Health Expert Consultation and Strategy Session on June 5 and June 6, 2008. The purpose of this consultation is to create a discussion paper, first, to identify how the Canadian Medical Association can help their members — physicians — and improve the health of children under 5 years of age and, second, to identify the key determinants of early child health, identify goals and recommend ways to achieve optimal health outcomes for children under 5 years of age.

This paper will inform a round-table discussion of child health experts in the fall this year, where we hope to produce a final report on the key determinants of children's health for those early years. We then hope to be invited to come before the subcommittee once again to present this report and to discuss our conclusions and recommendations.

The Canadian Medical Association is focusing on the period from birth to 5 years of age because it is a critical time for children and also a time when the physicians of Canada are, perhaps, in their best position to make a difference. Recent human development research suggests that the period from conception to age 6 has the most important influence of any time in the life-cycle on brain development.

As well, we are all aware that Canada could be, and should be, performing better in comparison to other OECD nations in a number of key areas such as infant mortality, injury and child poverty. We also know that most early screening for hereditary or congenital disease must take place between the ages of 0 and 5 in order to provide effective intervention. Development of brain and biological pathways in the prenatal period and in the early years affects physical and mental health in adult life. Physicians are well positioned to identify and optimize certain conditions for healthy growth and development. They can identify and prescribe effective interventions following many adverse childhood experiences in order to improve health outcomes for the child as he or she grows into adulthood.

stipule que tous les enfants doivent bénéficier de la propreté de l'eau, de l'air et du sol, être protégés contre les blessures et l'exploitation, et avoir accès à des soins prénatals et maternels pour être en meilleure santé possible à la naissance.

La Charte reconnaît en outre que les enfants ont droit à une bonne nutrition pour une croissance saine et une bonne santé à long terme, à des possibilités d'apprentissage et de soins de grande qualité pendant les premières années, à domicile et dans la communauté, et à des soins de santé de base, y compris la vaccination, les médicaments et les soins de santé mentale et dentaire.

Les délégués au Sommet ont aussi approuvé la Déclaration sur la santé des enfants et le Défi santé des enfants et des jeunes, appel à l'action visant à faire de la Charte une réalité. Pour ce qui est de l'avenir, l'AMC consacra beaucoup de temps et d'efforts à l'élaboration d'une politique sur les premières années de la vie, soit de la naissance à cinq ans. À cette fin, l'AMC parrainera une Séance de stratégie et de consultation d'experts en santé des enfants les 5 et 6 juin 2008. Cette consultation vise à créer un document de discussion pour, tout d'abord, déterminer comment l'AMC peut aider les médecins à améliorer la santé des enfants de moins de cinq ans; et, deuxièmement, cerner les principaux déterminants de la santé des enfants durant leurs premières années, fixer des objectifs et recommander des façons d'optimiser l'état de santé des enfants de moins de cinq ans.

Ce document éclairera une table ronde d'experts en santé des enfants qui se tiendra à l'automne 2008, grâce à laquelle nous espérons produire un rapport final sur les principaux déterminants de la santé des enfants au cours des premières années de la vie. Nous espérons être invités de nouveau devant votre sous-comité pour vous présenter ce rapport et discuter de nos conclusions et de nos recommandations.

L'Association médicale canadienne se concentre sur les premières années de la vie, de la naissance à cinq ans, car elles sont les plus critiques pour les enfants et parce que les médecins du Canada sont sans doute alors les mieux à même d'améliorer la situation. Des recherches récentes sur le développement humain indiquent que les six années qui suivent la conception sont les plus déterminantes pour le développement du cerveau.

Nous savons également que le Canada peut et doit faire mieux, comparativement à d'autres pays de l'OCDE, sur le plan de nombreux aspects clés comme la mortalité infantile, les traumatismes et la pauvreté. Nous savons aussi que le dépistage précoce des maladies héréditaires ou congénitales doit se faire entre zéro et cinq ans pour que l'on puisse intervenir efficacement, et que les voies cérébrales et biologiques au cours de la période prénatale et des premières années ont une incidence sur la santé physique et mentale à l'âge adulte. Les médecins sont bien placés pour définir et optimiser certaines conditions de la croissance et du développement en santé des enfants, et pour déterminer et prescrire des interventions efficaces en cas d'expériences négatives pendant l'enfance afin d'améliorer l'évolution de l'état de santé à l'âge adulte.

The CMA believes that there are a number of things government could be doing today in the area of children's health. First, Canada should not be at the bottom of the list of developed countries when it comes to spending as a percentage of GDP on early childhood programs. Investing in early development is essential for an optimal start to life and a physically, mentally and socially healthy childhood and adulthood.

Second, we need to improve our surveillance capability to better monitor changes in children's health because we cannot manage what we cannot measure. That is why the CMA recommends creation of an annual report card on child health in Canada.

Third, nearly one child in six lives in poverty in Canada. This can impact a child's growth and development, his or her physical or mental health and, ultimately, the ability to succeed as a teenager and adult. Governments can and must do more.

Finally, there are a number of recommendations within the recently released Dr. Leitch report in areas such as injury prevention, environmental vulnerabilities, nutrition, Aboriginal and mental health. The Canadian Medical Association strongly supports these recommendations and urges this subcommittee to consider them.

However, if there are two recommendations within the Dr. Leitch report that the Canadian Medical Association believes government could and must act upon immediately, they are the creation of a National Office of Child Health and a pan-Canadian child health strategy.

In conclusion, the Canadian Medical Association strongly supports the subcommittee's work and your focus on child health. If you have questions that I cannot answer, I will be very happy to take them to our expert advisory group, which will be meeting next week. I would also be pleased to speak further on my own experiences, particularly with respect to Foetal Alcohol Spectrum Disorder and any opportunities to deviate from the script.

We hope to return to see you this fall with specific recommendations to address specific child health determinants, especially those affecting children from birth to the age of 5.

Canada can and should be among the leading nations on earth in terms of children's health status. Our children deserve no less.

The Chair: Thank you. I believe I am a signatory to your charter. We are also committed to having you back in the fall; there is no question about it. I am sorry I will be out of town, holding other hearings, and cannot be at your round-table. I feel badly about that but I am following the matter closely and will have other people monitoring it.

L'AMC est d'avis qu'il y a de nombreuses choses que le gouvernement pourrait faire aujourd'hui dans le domaine de la santé des enfants. Tout d'abord, le Canada ne devrait pas venir en queue de peloton des pays industrialisés sur le plan des dépenses en pourcentage du PIB consacrées aux programmes et au développement de la petite enfance. Il est essentiel d'investir dans le développement au cours des premières années afin d'optimiser le début dans la vie pour permettre aux enfants de vivre en santé physique, mentale et sociale.

Deuxièmement, nous devons améliorer notre surveillance afin de suivre de près les changements apportés à la santé des enfants, parce qu'il est impossible de gérer ce que nous ne pouvons pas mesurer. C'est pourquoi l'AMC recommande la création d'un bulletin annuel sur la santé des enfants au Canada.

Troisièmement, près d'un enfant sur six vit dans la pauvreté au Canada. Cette situation peut avoir une incidence sur la croissance et le développement des enfants, sur leur santé physique et mentale et, finalement, sur leurs capacités de réussir à l'adolescence et à l'âge adulte. Les gouvernements peuvent et doivent faire plus à cet égard.

Enfin, le rapport Leitch publié récemment contient de nombreuses recommandations sur des aspects comme la prévention des blessures, les vulnérabilités à l'environnement, la nutrition, les Autochtones et la santé mentale. L'Association médicale canadienne appuie fermement ses recommandations et exhorte le Sous-comité à les étudier.

Il y a toutefois deux recommandations du rapport Leitch auxquelles l'Association médicale canadienne croit que le gouvernement peut et doit donner suite sur-le-champ, soit la création d'un Bureau national de la santé des enfants et l'instauration d'une stratégie pancanadienne sur la santé des enfants.

Pour terminer, j'aimerais vous dire que l'Association médicale canadienne appuie fermement le travail du Sous-comité et sa convergence sur la santé des enfants. Si vous me posez des questions auxquelles je ne peux pas répondre, je me ferai un plaisir de les soumettre à notre groupe consultatif d'experts, qui se réunit la semaine prochaine. Je serais également ravie de vous parler de mes propres expériences, notamment en ce qui concerne le syndrome de l'alcoolisme fœtal. Mais revenons au texte de ma déclaration.

Comme je l'ai déjà dit, nous espérons revenir vous voir cet automne pour vous présenter des recommandations précises sur les déterminants de la santé des enfants et, plus précisément, ceux qui ont une incidence sur les enfants de zéro à cinq ans.

Le Canada peut et doit faire partie des chefs de file mondiaux en matière de santé des enfants. Nos enfants ne méritent pas moins.

Le président : Merci. Je crois que j'ai signé votre charte. Nous allons vous convoquer à nouveau à l'automne, cela ne fait aucun doute. Je regrette de ne pas pouvoir assister à votre table ronde, mais je serai à l'extérieur d'Ottawa, en train de présider d'autres audiences. Je le regrette donc, mais je suis vos travaux de près et je vais demander à d'autres personnes d'en faire autant.

There will be a number of senators wanting to question you. I do not want to take too much of your time. It is very interesting to try to grapple with the great Canadian mosaic when it comes to social services and health care. I will be speaking to that somewhat this week at the Canadian Public Health Association 2008 Annual Conference in Halifax. I will not say anything about it now because I would like to hear from you.

We are not far from our final recommendations. Having been through a number of health studies — the last one being the mental health report — the big problem in the system in Canada is people falling off the cliff at various stages of the life cycle.

It is very interesting in regard to mental health when you try to hold hearings with Aboriginals about their terrible suicide problem. I recall one young male saying to me: “I had a lot of support in place when I was growing up, but when I became a young adult male, there was nothing; people fundamentally said to me, “Now you are on your own.” It is not fun being a young adult male in an Aboriginal community because their whole way of life has changed.

One of the reasons that we wanted your testimony at the beginning was to get the beginning right. That is terribly important, starting with what Dr. Lalonde has said. We can back it up further than that. We visited Cuba. The counselling on parenting there was incredible, I thought. People were counselled about when they might become a parent and how to be an ideal parent. Given that context, and trying to work with the great Canadian health and social service mosaic, I believe, before the mental health report was released, I would have undertaken this study first. I was the Vice-Chair for that report. I felt it was essential for subsequent reports. However, there was tremendous pressure from the mental health community to complete the mental health report.

Nonetheless, we need to have a whole-of-government approach. However, no one wants to hear about that at any level of government. I have talked to people I trust at various levels of government about this issue. I think we need to recommend it anyway. It will occur in the United States after the election. A whole-of-government approach to population health will be advocated from the White House.

I would like to hear each of you comment on how we can convince federal, provincial, civic and community governments and organizations to take a whole-of-government approach to population health from preconception to the terminal state.

Dr. Bigsby: I was interested in what you were saying because I think it is absolutely true that we know there is a problem. However, we have seen many failures.

Mais je ne vais pas vous accaparer trop longtemps, car un certain nombre de sénateurs veulent vous poser des questions. Il est très intéressant de réfléchir à cette grande mosaïque canadienne que sont les services de santé. Je vais d'ailleurs aborder le sujet cette semaine, car je dois prendre la parole à la conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique, à Halifax. Je n'en dirai pas plus pour l'instant car c'est vous que je veux écouter.

Nous allons bientôt rédiger nos recommandations finales. Après un certain nombre d'études sur la santé, la dernière étant le rapport sur la santé mentale, je constate que le vrai problème, ce sont les gens que le système abandonne, à un moment ou à un autre de leur vie.

S'agissant de santé mentale, je me souviens qu'au cours de nos audiences sur le suicide chez les Autochtones, un jeune homme m'a dit : « J'étais très entouré quand j'étais petit, mais quand je suis devenu un jeune adulte, tout d'un coup, il n'y avait plus rien; les gens m'ont dit que, dorénavant, je devais me débrouiller tout seul ». La vie d'un jeune adulte dans une communauté autochtone n'est pas facile, car leur mode de vie a bien changé.

L'une des raisons pour lesquelles nous voulions entendre votre témoignage tout au début, c'était que nous voulions prendre un bon départ. Toute cette question est terriblement importante, et je pense à ce qu'a dit le Dr Lalonde. Il faut voir plus loin. Nous sommes allés à Cuba, et nous avons constaté que les services de conseil offerts aux parents étaient incroyables. On leur explique à quel moment ils sont susceptibles d'avoir des enfants, comment être un parent idéal, bref on leur enseigne l'art d'être parent. Avec du recul, et compte tenu de la mosaïque que représentent les services sociaux et sanitaires au Canada, je pense aujourd'hui qu'on aurait dû entreprendre cette étude en premier, avant le rapport sur la santé mentale. J'étais vice-président quand nous avons fait ce rapport, et je pensais qu'il était essentiel de faire cette étude avant les autres. Mais les professionnels de la santé mentale ont énormément insisté pour que nous commencions par le rapport sur la santé mentale.

Quoi qu'il en soit, nous devons adopter une approche pancanadienne, même si aucun palier de gouvernement ne veut s'en occuper. J'en ai parlé avec des gens en qui j'ai confiance, à divers paliers de gouvernement, et je pense que c'est ce genre d'approche pancanadienne vis-à-vis de la santé des populations que nous devons recommander. C'est en tout cas ce que va préconiser le nouveau gouvernement américain, après les élections.

J'aimerais que chacun d'entre vous me dise comment nous pouvons convaincre les gouvernements et organismes fédéraux, provinciaux et communautaires d'adopter une approche pancanadienne vis-à-vis de la santé des populations, c'est-à-dire de la préconception jusqu'à la fin de la vie d'un individu.

Dre Bigsby : Ce que vous venez de dire m'intéresse beaucoup, car nous savons bien que nous avons un problème. Mais il y a eu tellement d'expériences malheureuses.

You described the situation of a young Aboriginal man feeling like he has been dumped. I argue that while there were supports in place, they were probably not the right supports. We need to change our approach to this sort of situation. The interventions need to be child-centred and family-focused. If all we do is offer superficial interventions, it is about child care and baby-sitting, and not about early childhood development.

Earlier, I was talking about young children developing neural connections that make them into people who can think and problem-solve later in life. Along the way, we need to provide their parents with skills to help them take that child through the teenage years into adulthood. Those pieces have been missing. If we had a government office dedicated to child health, that could be a place where the success stories such as the programs I described can be systematically evaluated. Then there is an opportunity to disseminate that information broadly to communities across the country.

There are many well meaning people who will take your money and build something. We want them to build the right thing. There have been many failures along the way that can be very discouraging. However, they will not continue to be failures if we do it right in the future.

The Chair: I discussed this subject with a powerful provincial minister whom I trust very much. He said that this is mostly provincial jurisdiction, and there is no point in talking about the federal role.

We must have an arrangement whereby our needs and expectations can be part of the plan. How do you respond to that?

Dr. Bigsby: I would argue that the provincial funders also want to spend their money wisely. They may be uncertain how to do that.

I think the federal government has a role to play in setting national health goals and standards. I am not a politician, but I appreciate the pushback when you tell people what to do and then send them off to do it themselves.

If we have people in Ottawa whose job is to sift through this information and to champion research in the area, we can send it back to the funders and tell them they will get bang for their buck if they do it this way. I think that has a chance to be well received.

Dr. Lalonde: We always hear people talking about interventions. The Wait Time Alliance was all about interventions. If we are talking about population health, we have to talk about the parenting skills that we discussed. It is not popular to talk about the mother.

Vous avez parlé de ce jeune Autochtone qui a l'impression d'avoir été abandonné par le système. Il existait certainement des services d'aide, mais ce n'était sans doute pas ceux dont il avait besoin. Il faut que nous changions notre approche. Nos interventions doivent être davantage axées sur l'enfant et la famille. Si nous nous limitons à des interventions superficielles, nous faisons du gardiennage d'enfants, ce qui n'est pas la même chose que le développement de la petite enfance.

Je parlais il y a quelque temps des jeunes enfants qui ont besoin de développer leurs connexions nerveuses pour pouvoir devenir des individus capables de penser et de résoudre leurs problèmes. Il faut que nous donnions aux parents les compétences nécessaires pour qu'ils puissent accompagner leurs enfants tout au long de leur transformation vers l'âge adulte. C'est cela qui manque. Si le gouvernement créait un bureau de la santé de l'enfant, celui-ci pourrait se charger d'évaluer systématiquement les expériences positives, comme les programmes que j'ai mentionnés. Les résultats pourraient ensuite être diffusés à toutes les collectivités du pays.

Il y a beaucoup de gens bien intentionnés qui sont prêts à prendre votre argent et à créer quelque chose. Mais il faut s'assurer que c'est la bonne chose. Il y a eu tellement d'expériences malheureuses que cela peut être très décourageant. Mais ces expériences seront positives si nous savons nous y prendre.

Le président : J'en ai discuté avec un ministre provincial influent, en qui j'ai toute confiance. Il m'a dit que cela relevait essentiellement de la compétence provinciale, et qu'il était inutile de parler du rôle du gouvernement fédéral.

Il faut pourtant que nous trouvions un moyen pour que nos besoins et nos attentes soient pris en compte. Qu'en pensez-vous?

Dre Bigsby : Je suppose que les trésoriers provinciaux veulent être sûrs de dépenser leur argent à bon escient, et qu'ils ne savent pas vraiment comment s'y prendre.

Je pense que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans l'élaboration de normes et d'objectifs nationaux en matière de santé. Je ne suis pas un politicien, mais je comprends la réaction des gens quand vous leur dites quoi faire mais que vous les laissez se débrouiller tous seuls.

Nous pourrions avoir des gens à Ottawa dont la tâche consisterait à recueillir les informations dont nous avons besoin, à entreprendre des recherches dans le domaine, et ensuite à en communiquer les résultats aux bailleurs de fonds en leur disant qu'ils en auront pour leur argent s'ils procèdent de telle façon. Si nous nous y prenions ainsi, nous aurions une chance d'être bien reçus.

Dr Lalonde : On parle toujours d'interventions. L'Alliance sur les temps d'attente n'avait que ce mot à la bouche. Si nous voulons parler de santé des populations, nous devons parler des compétences que doivent avoir les parents, comme nous l'avons dit tout à l'heure, même si ce n'est pas très populaire de parler des compétences de la mère.

Why is the mother important in Canadian life? We only have to look back in history at the progress made in this country. Much of this progress was made by mothers who really are the important factor in raising children. It is not me as a doctor that is important. It is what support I can provide to mothers.

The phrase “population health” scares people. They do not know what it means. It is very abstract. Population health means how to remain healthy. We have not done that promotion. A few years ago, we had an exercise program that was not maintained. That was part of population health, to keep healthy and fit.

When we did campaigns against smoking showing pictures of lung cancer, it did not go anywhere. When we showed young people that they cannot run, or ride their bike as fast, or play soccer as long as other children their age, then they started to relate to the campaign because they understood it.

Population health must start with the fundamentals of preventive medicine. Canada used to be number one. To return to that state, we need to look at the bad word of “poverty.” We need to find out why women are poor throughout the life cycle. If you take an Aboriginal woman, a young woman who is pregnant or an older woman, they are more likely poor. They are much poorer than us men.

We need to dissect that into messages to all Canadians promoting better life skills. I know about the experience of Cuba and I think it is wonderful. When someone is pregnant, everyone is happy and they run to that person.

As a gynecologist, I used to say to friends, let us see what happens six weeks after you have a baby when the baby is crying all night and you cannot reach anyone. Where is that other person that should be with you in guiding you in parenting?

Ms. Davis: I will go back to your first question about how to convince people that we need to take a whole-of-government approach. We need to wake people up to what will happen if we do not take a whole-of-government approach. I am here representing a group of pediatricians, so I hesitate to talk about economics and the future viability of the country. However, if we do not start to improve the broad determinants of health for our children and youth, it will ultimately have a huge impact on our economy. Children will not be finishing school or going on to post-secondary education and taking on the roles in our economy that we would want for our economy to grow.

I cannot believe I am saying this because I never liked economics very much when I was doing my MBA. James Heckman, who won the Nobel Prize in about 2005, was the keynote speaker at the American Academy of Pediatrics meeting.

Pourquoi la mère est-elle une figure importante dans la vie des Canadiens? Il faut bien comprendre que, si l'on a fait beaucoup de progrès au Canada, c'est grâce à des mères qui ont compris qu'il était important de bien élever leurs enfants. Ce n'est pas moi, en tant que médecin, qui suis important, c'est l'aide que je peux apporter aux mères.

L'expression « santé des populations » fait peur aux gens. Ils ne savent pas ce qu'elle veut dire. C'est très abstrait. La santé des populations, c'est savoir comment rester en bonne santé. Nous n'avons pas réussi à présenter les choses de cette façon. Il y a quelques années, nous avons mis sur pied un programme d'exercices physiques, mais il a été abandonné. Il faisait pourtant partie de la santé des populations, puisqu'il s'agissait de rester en forme et en bonne santé.

Lorsque nous avons lancé des campagnes contre le tabac en montrant des photos du cancer du poumon, cela ne donnait rien. Par contre, quand on a expliqué à des jeunes qu'ils ne pourraient plus courir, aller en vélo aussi vite que leurs camarades ou jouer au football aussi longtemps que leurs copains, là ils ont commencé à comprendre ce que signifiait la campagne.

En matière de santé des populations, il faut commencer par les fondamentaux de la médecine préventive. Le Canada était jadis numéro un dans ce domaine. Pour retrouver cette place, nous devons réfléchir sérieusement à ce vilain mot qu'est la « pauvreté ». Nous devons essayer de savoir pourquoi les femmes restent pauvres pendant tout leur cycle de vie. Si vous êtes une femme autochtone, une jeune femme enceinte ou une femme âgée, vous êtes beaucoup plus susceptible d'être pauvre. Les femmes sont beaucoup plus pauvres que les hommes.

Nous devons faire passer des messages à tous les Canadiens pour promouvoir l'acquisition de meilleures connaissances pratiques. Je sais ce qu'ils font à Cuba, et c'est fantastique. Quand une jeune femme est enceinte, tout le monde est content et tout le monde s'empresse autour d'elle.

En tant que gynécologue, j'avais l'habitude de dire à mes amis : attendez de voir ce qui se passera dans six semaines, lorsque le bébé sera né et qu'il pleurera toute la nuit. Qui sera là pour vous guider dans l'art d'être parents?

Mme Davis : Permettez-moi de revenir à votre première question, où vous nous demandez comment convaincre les gens d'adopter une approche pancanadienne. À mon avis, il faut les faire sortir de leur torpeur et bien leur faire comprendre ce qui se passera si nous n'adoptons pas une telle approche. Je représente un groupe de pédiatres, et, par conséquent, j'hésite à parler d'économie et de viabilité future du pays. Toutefois, si nous ne commençons pas dès maintenant à améliorer les principaux déterminants de la santé pour nos enfants et nos jeunes, notre inaction aura un impact considérable sur notre économie. En effet, les enfants ne finiront pas l'école ou n'iront pas à l'université, et ils ne pourront donc pas exercer les fonctions qu'exige le développement de notre économie.

Je me surprends moi-même à vous dire cela, car je n'aimais pas beaucoup l'économie quand je faisais mon MBA. James Heckman, qui a eu le prix Nobel vers 2005, était le principal conférencier à la conférence de l'American Academy of Pediatrics.

He showed various economic graphs that he had “dumbed down” enough for the pediatricians in the audience to understand, showing that if we do not start to take care of our children and youth in the broadest definition, the long-term success of the economy will suffer. In his case, he was speaking about the United States.

We also need to break down silos and to talk about the success stories where we have achieved that. The most evident one for children is between health and education. We have examples from all over Canada where they have put health back into the school system. They are small, so they do not get discussed very much.

One is in Cape Breton where they have introduced teen clinics in the high school. Within three years, they cut their teen pregnancy rate by 50 per cent. Most children go to school at least part of the time. Therefore, it is a wonderful platform through which to reach children and youth and to talk to them where they are comfortable in their own language.

On your second point about FPT, or federal/provincial/territorial jurisdiction, and the provinces saying that this is their jurisdiction, there are examples, albeit few, of where having national strategies actually led to better health across the board. The most relevant one for me is the national immunization strategy. All of the people who are interested in infectious disease get together and set standards. They do not tell the provinces what to do; they give the provinces the information they need to make wise decisions about immunization. In the five years since that strategy has been announced, we have seen much better free-of-charge national coverage of the vaccines that are recommended to prevent infectious disease in children and youth.

Ms. White: You will note that in my report I mentioned that fully 74 per cent of participating adult Canadians expressed the need to end child poverty, even if it meant raising taxes.

One thing of which UNA-Canada is very conscious in our research is asking the questions. Politicians necessarily have short attention spans because of the election cycle. In other research we have said the same thing. We have made a point of telling politicians that our focus is, for example, on support among Canadians of the UN, and therefore UN health agencies. That support is stronger among women and stronger in certain regions of the country that are important in terms of the next election cycle, and so on. There is a need for pragmatism.

You asked how we can sell this initiative. We need to do exactly what you have done today with this subcommittee; that is, bring people together. People who work solely with paediatricians

Il nous a montré différents tableaux économiques, qu’il avait beaucoup simplifiés pour que nous, les pédiatres de l’auditoire, puissions les comprendre. Ces tableaux montraient que, si nous nous ne commençons pas dès maintenant à nous occuper de nos enfants et de nos jeunes, au sens le plus général du terme, c’est l’économie qui en pâtira à long terme. En l’occurrence, il parlait des États-Unis.

Il faut aussi supprimer les cloisons, et faire connaître les expériences positives que nous avons réalisées. S’agissant des enfants, le décloisonnement doit d’abord se faire entre la santé et l’éducation. Partout au Canada, nous avons des exemples d’écoles où l’on a réimplanté des services de santé. Ce sont des services limités, certes, et c’est pour cela qu’on n’en parle pas beaucoup.

Au Cap-Breton, une école secondaire a implanté des cliniques pour les adolescents. En l’espace de trois ans, elle a réussi à diminuer de moitié le taux de grossesse chez les adolescentes. La plupart des enfants passent au moins une partie de leur journée à l’école, et c’est donc l’endroit idéal pour leur parler de toutes ces questions, avec des mots qu’ils comprennent.

Votre deuxième question portait sur les compétences fédérales, provinciales et territoriales. Les provinces estiment que la santé relève de leur compétence, mais il y a des exemples, quoique pas très nombreux, où des stratégies nationales ont vraiment permis d’améliorer la santé de la population. L’exemple le plus pertinent qui me vient à l’esprit est la stratégie nationale de vaccination. Tous ceux qui s’intéressaient aux maladies infectieuses se sont rencontrés et ont décidé d’établir des normes. L’objectif n’est pas de dire aux provinces ce qu’elles doivent faire, mais plutôt de donner aux provinces l’information dont elles ont besoin pour prendre de bonnes décisions en matière de vaccination. Depuis cinq ans que cette stratégie est en place, la vaccination gratuite des enfants et des jeunes contre les maladies infectieuses est aujourd’hui nettement supérieure aux normes recommandées.

Mme White : Vous vous souvenez que, dans ma déclaration, j’ai indiqué que 74 p. 100 des adultes canadiens qui avaient participé à l’étude disaient vouloir mettre un terme à la pauvreté chez les enfants, même si cela se traduisait par une augmentation des impôts.

Dans ses recherches, l’ACNU accorde une grande importance à la formulation des questions. Les politiciens ont toujours un agenda limité dans le temps à cause du cycle électoral. Dans d’autres études, nous avons dit la même chose. Nous essayons de dire clairement aux politiciens quel est notre sujet de préoccupation, par exemple, l’appui que les Canadiens manifestent pour l’ONU et, partant, pour les agences sanitaires de l’ONU. Cet appui est plus élevé chez les femmes et dans certaines régions du pays, régions qui peuvent être importantes pour les prochaines élections, par exemple. Il faut savoir être pragmatique.

Vous vous demandez par quel moyen on pourrait faire accepter cette initiative. À mon avis, en faisant exactement ce que vous avez fait aujourd’hui avec votre sous-comité : amener les gens à se

do not work with civil society organizations like UNA-Canada, which is also doing research and bringing people together.

One of the key parts of the work we did, and why the report is called *Talking Back to Grownups*, is that we actually received the voice. We are going to leave with you a submission from young people whom we invited to speak to you as well. It is important that politicians listen to that, because of course they feed into the electorate. This is citizen engagement, and in selling whole-of-government we must recognize that other voices are talking across the FPT silos.

The Chair: Thank you. A real success story currently is how the Public Health Agency of Canada has been able to work with the provinces and branch out. They have nodes and sub-nodes, and so forth.

Senator Trenholme Counsell is particularly interested in early childhood development and will be doing a report on that. Our report, as I said, is dealing with the human life cycle, but we recognize the upfront importance of parenting, childhood and early childhood development.

Senator Trenholme Counsell: Welcome, and thank you for all of your presentations. They are very validating.

Dr. Bigsby, I will be happy to be part of your consultation process next week with the CMA and other fellow associations. Thank you for the invitation.

Ms. White, you said that we can see visible impacts of these pressures in children as early as nine years of age, referring to poverty and socio-economic conditions on health and emotional well-being. I practised for a long time as a family doctor, and I saw these changes as early as age one, and certainly as early as ages two or three. That is what led me to go into issues of early childhood when I left family practice, because I thought that was where the greatest difference could be made. Someone may have observed that at age nine, but these things are apparent much earlier.

I did not hear any of you give figures on infant mortality in Canada. Could we have the latest figures on that? On infant mortality and perinatal deaths, do we have figures for our Aboriginal population or just for Canada as a whole, and what is our present rating? I direct that question to Dr. Lalonde.

Dr. Lalonde, you recommend a national system of daycare and early childhood education. As Senator Keon said, I have been working on this with my colleagues for over a year. I become more and more convinced that we cannot have a national system. We can have national standards, vision and leadership, but to

rencontrer. Les gens qui travaillent uniquement avec des pédiatres ne travaillent pas avec des organisations de la société civile comme l'ACNU, qui fait elle aussi de la recherche et amène les gens à se rencontrer.

Pour une partie importante de notre travail, et c'est pour cela que le rapport s'intitule *Talking Back to Grownups*, nous avons réellement reçu des enregistrements. Nous allons vous laisser un mémoire que nous avons encouragé des jeunes gens à préparer à votre intention. Il est important que les politiciens écoutent cela, car encore une fois, ces jeunes font partie de l'électorat. C'est ça faire participer la société civile, et pour faire accepter votre approche, vous devez reconnaître qu'il y a d'autres parties prenantes derrière les cloisons fédérales, provinciales et territoriales.

Le président : Merci. Un autre exemple de succès est celui de l'Agence de la santé publique du Canada, qui a réussi à collaborer avec les provinces et à se ramifier un peu partout. Elle a maintenant des antennes et des sous-antennes...

Le sénateur Trenholme Counsell s'intéresse tout particulièrement au développement de la petite enfance, et elle va d'ailleurs rédiger un rapport sur la question. Celui du sous-comité, comme je l'ai dit, va porter sur la totalité du cycle de vie, mais nous sommes conscients de l'importance que revêtent, au départ, l'éducation des parents et le développement de la petite enfance.

Le sénateur Trenholme Counsell : Bienvenue parmi nous, et merci à tous de vos déclarations, qui confirment ce que nous pensions.

Docteure Bigsby, je serai heureuse de participer à vos consultations de la semaine prochaine, avec l'AMC et les autres associations. Merci de l'invitation.

Madame White, vous avez dit que ces pressions avaient un impact visible sur les enfants dès l'âge de neuf ans, et vous parliez de l'impact de la pauvreté et des conditions socio-économiques sur la santé et le bien-être émotionnel. J'ai été médecin de famille pendant longtemps, et moi, je constatais ces impacts bien plus tôt que cela, dès l'âge d'un an, et souvent chez des enfants de deux ou trois ans. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle je me suis intéressée au développement de la petite enfance lorsque j'ai cessé d'exercer la médecine, car j'estime que cette période-là est déterminante et que c'est à ce moment-là qu'il faut intervenir si l'on veut améliorer les choses. Certaines personnes ont peut-être fait ces observations chez des enfants de neuf ans, mais ces impacts sont visibles beaucoup plus tôt.

Aucun d'entre vous n'a donné des chiffres sur la mortalité infantile au Canada. Avez-vous des chiffres récents? Avons-nous des chiffres sur la mortalité des nouveau-nés, pour la population autochtone ou simplement pour l'ensemble de la population canadienne? Je m'adresse au Dr Lalonde.

Docteur Lalonde, vous avez recommandé la mise en place d'un système national de garderies et de développement de la petite enfance. Comme l'a dit le sénateur Keon, j'étudie cette question avec mes collègues depuis plus d'un an, et je suis de plus en plus convaincue que nous ne pouvons pas avoir un système national.

have a national system in this country with ten provinces and three territories is very difficult. Yet, you have recommended this. I would like to hear your conviction on that.

There are so many different ways in which child care programs, early childhood education, parenting programs and all of these programs are delivered. It is not a simple system. Dr. Fraser Mustard has used the word “network,” but we need quality national standards and vision that will be applicable to all. I would like to hear a debate on system versus non-system.

Dr. Lalonde: OECD statistics show that on infant mortality, perinatal mortality and maternal mortality, the three mortalities on which they report, Canada is doing badly. We have fallen down. In the late 1980s and early 1990s, we were first or second in the world, and we are now twentieth to twenty-fifth in the developed world.

Unfortunately, because in Canada we “sanitize” our data, we do not report on the origin of people. We do not know if it is Inuit, First Nations, new immigrants or immigrants from India. We cannot collect national statistics on that anymore. We do not report on that and it is not written on the top of the chart anymore. That is a concern, because people in public health cannot zero in on a community that is having a big problem.

As another example, I met yesterday with someone from the Canadian Perinatal Surveillance System. They still cannot use the data from Ontario for maternal mortality. Yesterday we landed on Mars, yet we cannot report statistics from Toronto and Timmins to Ottawa. We need a strong recommendation that data must be available. Canadian citizens demand that, even if some provinces do not like it. If they do not like it, they can go internationally and show how bad their rates are. It is a shame that we cannot have a maternal mortality report in Canada because of lack of statistics from one or more provinces.

In the latest statistics on perinatal mortality, Manitoba was missing. What is going on? We only have 230 hospitals in Canada and they are all computerized. By February 1, we should have all the statistics on that. There is no reason not to have them.

Second, on the national system of daycare, I may have gone further than I meant to. I meant that there must be guidelines. We have a good system in Quebec, where I happen to have children who have children in daycare. They can afford it. They are thinking of moving to Ontario to work. They told me “If we move

Nous pouvons certes avoir des normes, une vision et un leadership à l'échelle nationale, mais il est très difficile d'implanter un système national dans un pays qui compte dix provinces et trois territoires. Pourtant, vous en faites la recommandation, et j'aimerais bien savoir pourquoi vous y croyez.

Il y a tellement de variations dans la façon dont les programmes de garderies, d'éducation de la petite enfance, d'éducation des parents, et cetera. sont administrés que cela n'est pas simple. Le Dr Fraser Mustard a utilisé le mot « réseau », mais nous avons besoin d'une vision et de normes nationales, qui seront applicables à tous. J'aimerais bien entendre le pour et le contre du système par opposition au non-système.

Dr Lalonde : S'agissant de mortalité infantile, de mortalité périnatale et de mortalité maternelle, le Canada enregistre des résultats médiocres, d'après les statistiques de l'OCDE. En fait, nous avons reculé. À la fin des années 1980 et au début des années 1990, nous occupions la première ou la deuxième place dans le monde, mais aujourd'hui, nous avons reculé au 20^e ou 25^e rang des pays développés.

Malheureusement, étant donné que nous « aseptisons » nos données au Canada, nous n'avons pas de statistiques en fonction de l'origine. Nous ne savons donc pas si les chiffres s'appliquent aux Inuits, aux Premières nations, aux nouveaux immigrants ou aux immigrants en provenance de l'Inde, par exemple. Nous ne pouvons plus recueillir des données nationales sur des groupes spécifiques. Nous ne faisons donc plus de rapports là-dessus, et c'est dommage, car les professionnels de la santé publique ne peuvent pas se concentrer sur une communauté qui a un problème particulier.

Je vais vous donner un autre exemple. J'ai rencontré hier quelqu'un du Système canadien de surveillance périnatale, qui me disait qu'ils ne peuvent toujours pas utiliser les données de l'Ontario pour la mortalité maternelle. Hier, nous avons atterri sur Mars, mais nous n'avons pas le droit d'envoyer à Ottawa des statistiques de Toronto ou de Timmins. Il va falloir recommander avec fermeté que les données soient rendues disponibles. Les citoyens canadiens le réclament, n'en déplaît à certaines provinces. Si ça ne leur plaît pas, elles peuvent montrer elles-mêmes au monde entier leurs piètres résultats. C'est une honte que nous ne puissions pas avoir un rapport sur la mortalité maternelle au Canada simplement parce qu'une ou plusieurs provinces refusent de donner leurs statistiques.

Pour ce qui est de la mortalité périnatale, le Manitoba n'a pas fourni de statistiques pour le dernier rapport. Pourquoi? Nous n'avons que 230 hôpitaux au Canada, et ils sont tous informatisés. Le 1^{er} février, nous devrions avoir toutes les statistiques là-dessus; il n'y a aucune raison pour que nous ne les ayons pas.

Deuxièmement, pour ce qui est du système national de garderies, mes paroles ont peut-être dépassé ma pensée. Je voulais dire qu'il doit y avoir des lignes directrices. Nous avons un bon système au Québec, où j'ai des enfants qui ont des enfants en garderie. Ils en ont les moyens. Ils songent à aller s'installer en

to Ontario, it will cost a fortune, probably using a single salary to put two children in daycare.” I do not think that is good for a rich country like Canada.

Third, the standards we reported are exactly like Ms. Davis and the CMA mentioned. We have worked with midwives, nurses, GPs and rural physicians. They all agree we should have one curriculum for maternal health in Canada. Why do we need 15 curricula? We are only 38 million people. Countries of 80 or 100 million people have one curriculum. We can have one curriculum; one guideline. It is the same people working. If you are on a committee of the CMA or Canadian Paediatric Society, we are the same people. Our committees have people from Alberta, to Comox, to Quebec; everywhere. A gall-bladder in Comox and a gall-bladder in Atlantic Canada is still a gall-bladder.

Let us get some national standards, then the provinces and local hospitals can pick that up. These committees look at their situation. They may have to change the guidelines because they have a particular situation. However, at least you have given them a framework. When we are talking about federal-provincial and health, we are talking about national frameworks.

The news is not all that bad. The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada succeeded in selling the idea of a national program on risk management for maternity care to the province of Quebec. Minister Couillard signed on, as did all of the hospitals who do obstetrics in Quebec. They are protective of their jurisdiction. However, when we explain to them that there is a program constructed with physicians from Quebec, B.C. and everywhere else in Canada, they see that that can be good for their citizens. If we make the point and show that it is cost-effective, I think we have a chance to get this adopted.

Ms. Davis: I would agree that a national vision around standards and expectations is needed. National immunization strategy is exactly the format we followed.

In terms of your work on early childhood education — and I will not take time to share that with you today — in November of this year, CPS will be releasing the third edition of a book called *Well Beings* which is a guide on how to run a healthy daycare. It used to only deal with infectious disease and injury prevention. In my remarks, I said that that is what we used to spend a lot of our time on. This edition will deal with mental health, social well-being and some of the challenges that children from different ethnic backgrounds might face. I would be happy to follow up with you and share the work we have done there.

Ontario pour leur travail, mais ils m'ont dit : « Si nous habitons en Ontario, ça va nous coûter une fortune, probablement un salaire, pour avoir les deux enfants en garderie ». C'est regrettable, pour un pays aussi riche que le Canada.

Troisièmement, les normes dont nous avons parlé sont exactement celles qu'ont mentionnées Mme Davis et l'AMC. Nous avons travaillé avec des sages-femmes, des infirmières, des médecins généralistes et des médecins ruraux. Ils disent tous que nous devrions avoir un seul programme de formation pour la santé maternelle au Canada. Pourquoi en avoir 15 différents? Nous ne sommes que 38 millions d'habitants. Les pays qui ont 80 ou 100 millions d'habitants n'ont qu'un seul programme de formation, qu'une seule ligne directrice. C'est d'ailleurs les mêmes gens qu'on y retrouve. Si vous siégez dans un comité de l'AMC ou de la Société canadienne de pédiatrie, on retrouve toujours les mêmes personnes. Nos comités sont composés de représentants de toutes les régions, de l'Alberta au Québec en passant par Comox; une vésicule biliaire à Comox ou une vésicule biliaire dans le Canada atlantique, c'est toujours une vésicule biliaire.

Établissons des normes nationales, et ensuite, les provinces et les hôpitaux locaux pourront les adopter. Les comités locaux décident en fonction de leur situation particulière, et il se peut qu'ils aient à modifier certaines lignes directrices pour en tenir compte. Mais au moins, vous leur avez donné un cadre général. En fait, lorsque nous parlons de compétence fédérale ou provinciale en matière de santé, nous parlons de politiques nationales cadres.

Mais tout n'est pas négatif. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a réussi à faire accepter par la province de Québec l'idée d'un programme national de gestion du risque pour les soins de maternité. Le ministre Couillard a signé, ainsi que tous les hôpitaux du Québec qui ont un département d'obstétrique. Ils protègent leurs prérogatives, mais quand on leur explique qu'un programme a été mis sur pied en collaboration avec des médecins du Québec, de Colombie-Britannique et de partout ailleurs au Canada, ils comprennent que ça peut être très bénéfique pour leurs compatriotes. Si nous leur expliquons notre approche et que nous leur démontrons que c'est rentable, nous avons une chance de la leur faire accepter.

Mme Davis : J'estime moi aussi qu'il faut une vision nationale pour ce qui est des normes et des attentes. La stratégie nationale en matière de vaccination est exactement le format que nous avons suivi.

Pour ce qui est de l'éducation de la petite enfance, et je n'entrerai pas dans les détails avec vous aujourd'hui, la SCP va publier en novembre prochain la troisième édition d'un livre intitulé *Well Beings*. Il s'agit d'un guide sur la façon de gérer une garderie saine. Jusqu'à présent, le guide se limitait à la prévention des blessures et des maladies infectieuses. Comme je l'ai dit dans ma déclaration liminaire, c'était jadis les priorités de notre Société. Cette nouvelle édition porte sur la santé mentale, le bien-être social et certains des défis que doivent relever des enfants issus de certains milieux ethniques. Je serais ravie d'en parler plus longtemps avec vous, si vous le désirez.

Dr. Bigsby: I will comment on that, as well. When I read about plans to try to move forward with a national daycare/child care program, what strikes me about what I see published is that I do not think people understand daycare in the same way. I have a brother who is a surgeon. To him, daycare means a place where people who do not care about their kids can dump them off. He will not subsidize that for the people down the road.

That is not what we are talking about. We are talking about broad determinants of health. There are people out there who would like to be working but cannot, because they cannot afford to put their children in daycare. Some of the children that I see in my practice who are neediest with respect to daycare have young single moms who are at home. I am desperate to get them into daycare because their moms need a break, the children need a richer environment and it is an opportunity for that parent to interact on a daily basis with someone who knows all about normal child development and can be a real support to that parent. This is about a child-centred, family-focused service, integrated with early childhood education. It is not just about babysitting.

Ms. White: I do not know about gall-bladders, so I will not comment on that. However, it seems to me we also have an obligation — and I know we take it seriously — to actually speak to the provinces and territories, as well as to the centres, when we have findings. I think that is a part of encouraging them to share norms; in other words, to see that a national system comes from their participation.

Senator Trenholme Counsell, I also wanted to mention to you that I agree wholeheartedly that we see the effects of the social determinants of health in newborns and pre-natal babies. What is new here is that children as young as 9 are self-reporting their awareness of the social determinants of health; the negative impacts of poverty, of their colour, and so on, and their own health.

The Chair: Dr. Bigsby, I want to tell your brother that surgeons should be careful, because they frequently do not express themselves properly. I made the mistake at one of our previous hearings in saying something similar to what your brother just said: That daycare should not be a place for dumping children so mothers can go to work, or something to that effect. It did not go over well.

[Translation]

Senator Pépin: Dr. Lalonde already answered the question I wanted to ask, about the fact that, between 1990 and 2005, Canada has gone from 6th to 25th place in the world concerning infant mortality rate.

We now know there is another problem. An article published this week says that women are going to the United States to deliver their babies, women from British Columbia and even Ontario. I knew that nurses and physicians were leaving Canada,

Dre Bigsby : J'aimerais ajouter quelque chose. Lorsque j'entends parler de plans visant à mettre en place un programme national de garderies, je suis surprise de voir que le contenu du programme proposé ne correspond pas à ce que veulent les gens. J'ai un frère qui est chirurgien, et pour lui, une garderie est un endroit où les gens se débarrassent de leurs enfants parce qu'ils ne veulent pas s'en occuper. C'est pour cela qu'il ne veut pas subventionner un tel système.

Mais ce n'est pas de cela que nous parlons. Nous parlons des principaux déterminants de la santé. Il y a des gens qui aimeraient bien travailler mais qui ne le peuvent pas parce qu'ils n'ont pas les moyens de payer les frais de garderie. Parmi les enfants que je vois dans mon cabinet, ceux qui ont le plus besoin de garderies sont ceux dont la mère est célibataire et ne peut pas travailler. J'essaie par tous les moyens de leur trouver une place en garderie pour que leur mère ait le temps de souffler, que les enfants connaissent un environnement plus enrichissant, et que la mère puisse rencontrer quotidiennement des gens qui pourront l'aider à élever ses enfants. Il s'agit donc d'un service axé sur l'enfant et la famille, et intégré à l'éducation de la petite enfance. Ce n'est pas simplement du gardiennage.

Mme White : Comme je ne connais rien à la vésicule biliaire, je m'abstiendrai de faire un commentaire à ce sujet. Il me semble toutefois que nous avons aussi l'obligation — et je sais que nous la prenons au sérieux — d'informer les provinces et les territoires, ainsi que les établissements, des résultats de nos recherches. C'est une façon de les encourager à participer à l'élaboration des normes, car un système national a besoin de leur participation.

Sénéateur Trenholme Counsell, j'aimerais aussi vous dire que je suis tout à fait d'accord avec vous lorsque vous dites qu'on peut déceler les effets des déterminants sociaux de la santé chez les nouveau-nés et même avant la naissance. Ce qui est nouveau, par contre, c'est que des enfants de 9 ans soient conscients des effets négatifs de ces déterminants, parce qu'ils vivent dans la pauvreté, qu'ils sont de race différente, et cetera.

Le président : Docteur Bigsby, je crois que votre frère, comme bien d'autres chirurgiens d'ailleurs, devrait être plus prudent dans le choix de ses termes. Je me souviens avoir fait le même genre d'erreur à l'une de nos audiences et d'avoir dit à peu près la même chose que votre frère, à savoir que les garderies ne devraient pas être un endroit où les mères peuvent se débarrasser de leurs enfants pour pouvoir aller travailler. C'est à peu près ce que j'avais dit, et croyez-moi, cela n'a pas été bien accueilli.

[Français]

Le sénateur Pépin : Le Dr Lalonde a répondu à la question que je voulais poser, qui portait sur le fait que de 1990 à 2005, le Canada est passé du sixième au 25^e rang mondial en ce qui a trait au taux de mortalité infantile.

Et on sait maintenant qu'il y a un autre problème. Un article publié cette semaine nous apprend que des femmes vont accoucher aux États-Unis. L'article en question donnait le nombre de femmes de la Colombie-Britannique et même de

but now it seems that expectant mothers decide to go to the States to have their babies.

In your fourth recommendation, you say, and I quote in English:

[English]

Mothers receives prenatal care, labour, delivery support and post-natal care when they need it. You also say that infant care includes the care of the mother.

[Translation]

When you said earlier that Quebec was about to deliver obstetrical care to almost all regions in the province, were you alluding to this program? I know that the SOGC is trying to set up a whole-of-government initiative, but is it through this approach?

Dr. Lalonde: Not really. There are huge problems in big cities like Montreal and Toronto, and women are having difficulties finding a physician early in their pregnancy. We now know how important genetic screening can be, and they cannot have a genetic consultation beyond 20 weeks.

The Quebec program is based on risk management, which allows nurses, midwives and physicians to work as a team. They study all possible complications and rebuild the obstetric care unit in order to prevent complications.

The program is a real success right now. Quebec and Alberta have signed in. Other provinces have not followed suit yet, but we continue to engage them.

My recommendation here is that we have guarantees for surgeries but we need guarantees for prenatal care as well. Any woman should be guaranteed access to a physician, a midwife or a gynecologist within 2 to 4 weeks. Presently, it is not the case throughout Canada.

[English]

Ms. Davis: I will answer your question about the shortage of particular doctors. It is a multi-faceted issue; it is not as simple as saying that there are not as many people training. You need to look at the population health of women of child-bearing years. Dr. Lalonde can say more about this than I can. Many women are waiting to have their children later. That means that there is a higher risk of having a multiple birth or of having a premature birth. Therefore, they need the perinatologists on Dr. Lalonde's side and the neonatologists on our side. People are looking at various technologies to help them get pregnant. That increases the risk of twins, triplets or of the children being born early.

l'Ontario. Je comprends que le personnel infirmier et les médecins nous quittent et il semble que les futures mères aient décidé d'aller accoucher aux États-Unis.

Dans votre quatrième recommandation, vous dites — je cite en anglais :

[Traduction]

Les mères devraient recevoir les soins dont elles ont besoin pendant la grossesse, pendant le travail, pendant l'accouchement, et après la naissance, et la santé du nouveau-né devrait inclure celle de la mère.

[Français]

Lorsque vous disiez tantôt que le Québec était sur le point de donner des soins d'obstétrique un peu partout, faites-vous référence à ce programme? Je sais que la SOGC essaie d'établir une initiative pancanadienne à ce sujet. Est-ce que cela se fait par le biais de cette approche?

Dr Lalonde : Non, pas particulièrement. Il y a de gros problèmes dans les principales villes comme Montréal et Toronto et les femmes ont de la difficulté à avoir un médecin tôt durant la grossesse. Aussi, on connaît maintenant l'importance du dépistage génétique, mais on sait qu'il n'est pas possible d'avoir une consultation en génétique après 20 semaines de grossesse.

Le programme du Québec est basé sur la gestion des risques, ce qui permet aux infirmières, aux sages-femmes et aux médecins de travailler en équipe. On analyse toutes les complications qui peuvent survenir et on rebâtit le programme du département d'obstétrique dans le but de réduire les complications.

Le programme connaît beaucoup de succès présentement. La province de Québec et la province de l'Alberta ont signé au complet. Les autres provinces tirent un peu de la patte, mais on continue notre engagement avec elles.

Ma recommandation ici, c'est qu'on a des garanties pour les chirurgies, mais il faut aussi des garanties pour les soins prénataux. Une femme devrait pouvoir recevoir la garantie qu'en dedans de deux à quatre semaines, elle pourra parler à un médecin de famille, une sage-femme ou à un gynécologue. Et présentement, ce n'est pas le cas à travers le Canada.

[Traduction]

Mme Davis : Permettez-moi de répondre à votre question sur la pénurie de certains médecins. Il y a plusieurs dimensions à ce problème; il ne suffit pas de dire qu'il y a moins d'étudiants dans les facultés. Il faut tenir compte de l'évolution des comportements chez les femmes en âge de féconder. Le Dr Lalonde pourrait sans doute vous en parler mieux que moi, mais beaucoup de femmes, aujourd'hui, décident d'avoir des enfants à un âge plus avancé, où elles risquent davantage de faire une grossesse multiple ou un accouchement prématuré. Dans ces cas-là, le Dr Lalonde a besoin de l'aide d'un périnatologue, et moi, de celle d'un néonatalogue. Les femmes ont aussi accès à toutes sortes de technologies pour réussir à être enceintes, mais cela les expose davantage aux risques d'avoir des jumeaux, des triplés ou des enfants prématurés.

Although the birth rate in Canada has been relatively stable over the last few years, if you look at the health of newborns, it has become much more complicated. Children survive today that even ten years ago, probably, the system would not even have tried to help. That is one of the major reasons why our neonatal units are so busy. Often, when you hear of women having to go to the United States or another town to have their children, it is not only because there is a shortage of obstetricians; it is because there is no space in the neonatal units.

Dr. Bigsby: This is an example of how we missed the boat in planning. We have all been very concerned, and rightly so, about the greying of our population. We did not see this coming.

In my own small province where I practiced neonatology, when we redeveloped our neonatal unit about 12 years ago, the government gave us estimates on the need. Our number of beds was cut back. In a brilliant move about 12 months ago, with a lot of pressure from us, the number of beds was increased. It took a lot of convincing to get people in the Department of Health to appreciate that this phenomenon was real, and that it was happening across the country. That occurred because we did not plan well. It goes back to the need for a pan-Canadian strategy.

The Chair: We are doing many things in the Senate currently that interface with each other. Senator Eggleton and I agreed to a strategy where he would head a subcommittee on cities and I would head a subcommittee on population health. We had tremendous crossover in the deliberations, but the two reports very much need each other to be successful.

Senator Eggleton: The cities study that is under way now deals with poverty, housing and homelessness, which is germane to this question as well. I appreciate your input. It will have a double effect.

I had a question, but Dr. Keon asked it. This will be more of a comment, but you are welcome to further expand upon the response you gave to him. Senator Keon raised the whole-of-government approach that is a great difficulty at the federal and provincial levels. We operate in silos. Population health and social determinants cross many boundaries in those silos. That is difficult to do in the system of government that we have. As Dr. Bigsby has said, you are not the politicians; we are, and we have to sort that out. However, we may need your help to assist us in that because it will take pressure to overcome those silos.

Même si le taux de natalité est resté relativement stable au Canada au cours des dernières années, il faut dire que la santé des nouveau-nés est devenue beaucoup plus complexe. Certains enfants survivent aujourd'hui alors qu'il y a à peine dix ans, les médecins n'auraient même pas pu essayer de leur venir en aide. C'est l'une des raisons pour lesquelles nos unités néonatales sont aussi remplies. Souvent, quand vous entendez dire que des femmes ont dû aller accoucher aux États-Unis ou dans une autre ville du Canada, ce n'est pas seulement parce que nous manquons d'obstétriciens, c'est aussi parce qu'il n'y a plus de place dans les unités néonatales.

Dre Bigsby : Cela montre bien que nous n'avons pas su planifier. Nous nous sommes tous préoccupés, à juste titre d'ailleurs, du vieillissement de la population, mais nous n'avons pas prévu cela.

Dans ma petite province, où j'ai exercé la néonatalogie, le gouvernement nous a donné une estimation des besoins, il y a un peu plus de dix ans, lorsque nous avons restructuré notre unité néonatale. Il a ensuite réduit le nombre de lits de notre unité. Il y a un an environ, il a pris la brillante décision, suite à de nombreuses démarches de notre part, d'augmenter le nombre de lits. Cela n'a pas été facile de convaincre les fonctionnaires du ministère de la Santé de l'existence de ce phénomène, qui n'était pas limité à notre province, loin s'en faut. Le problème a donc été causé par notre manque de prévoyance. Cela nous ramène à la nécessité d'avoir une stratégie pancanadienne.

Le président : À l'heure actuelle, divers comités du Sénat ont entrepris des études qui se recoupent d'une certaine façon. Je me suis entendu avec le sénateur Eggleton pour avoir une stratégie commune, lui au Comité sur les villes, moi au Comité sur la santé des populations. Au cours de nos travaux, il y a eu énormément de recoupements, mais le succès de nos deux rapports dépend beaucoup de cette interdépendance.

Le sénateur Eggleton : Dans le cadre de son étude sur les villes, mon comité s'intéresse en ce moment à la pauvreté, au logement et aux sans-abri, qui sont des questions intimement liées à la santé des populations. Je vous remercie de vos commentaires. L'effet en sera multiplié par deux.

J'avais une question, mais le Dr Keon l'a posée. Je vais donc faire plutôt un commentaire, mais n'hésitez pas à compléter la réponse que vous lui avez donnée, si vous le jugez bon. Le sénateur Keon a parlé d'une approche pancanadienne, ce qui est difficile étant donné la répartition des compétences fédérales et provinciales. Nous travaillons dans un univers trop cloisonné. La santé des populations et les déterminants sociaux transcendent beaucoup de ces cloisons, et le système de gouvernement que nous avons ne nous rend pas la tâche facile. Comme l'a dit la Dre Bigsby, les politiciens, ce n'est pas vous mais nous, et c'est donc à nous de régler ce problème. Il n'en reste pas moins que nous aurons sans doute besoin de votre aide, car il va falloir exercer beaucoup de pressions pour faire tomber ces cloisons.

There have been ways of doing it. Tony Blair did it on issues of poverty and, I think, child care came into it as well in the U.K. The Chancellor of the Exchequer at the time, who is now the Prime Minister, had the overall responsibility, which was good because he was the person with the money.

The other challenge is provincial versus federal responsibilities. Your recommendations today are excellent. I like them all, but they are heavy on federal responsibility. I do not personally object to that, but some people do. There are different views around this issue and some want us to stick closer to the constitutional division of authority. Indeed, we have some agreements with the provinces and we need to be careful when we start moving into their territory.

I like the idea of national strategies. That is quite possible, but national systems may not go over well with everyone. Part and parcel of whatever we do here lets us take federal leadership and develop strategies, but there will need to be collaboration with the provinces and territories to produce a result. Again, your support and help in that regard could be very important, particularly if we are to create national standards. National standards will not be achieved by the federal government alone. It will have to collaborate with the provincial and territorial governments.***

The other comment I would make is that child care is a very important part of this, but I prefer to call it early learning, or early childhood development. For many people, child care or daycare is a parental responsibility. However, most people understand that education is part of societal responsibility. I think that is a good emphasis to take with respect to early learning.

Have you any more thoughts about how we overcome these great divides, both within government and between governments? That will become a key part of what we have to sort out.

Dr. Lalonde: The example that I used for the National Birthing Initiative and the Strategy for Risk Management was accepted because it came from physicians from all provinces. I do not think it would have succeeded if we had sent someone from Health Canada to the Quebec government and told them to implement this new initiative on risk management. They clearly saw from the beginning that we were representing physicians, nurses and midwives from across Canada, and if it worked in other provinces, why could it not work there?

We are looking at how to distribute human resources in the field of health. Guelph, Ontario now has a great need. Obstetric services will fall through the cracks. They need to determine what combination of midwives, family physicians, gynecologists, neonatologists and pediatricians are needed to keep that facility running.

Mais il y a des moyens d'y arriver. Tony Blair a réussi à le faire pour la pauvreté, et il a aussi implanté un système de garderies en Grande-Bretagne. Le chancelier de l'Échiquier de l'époque, qui est aujourd'hui premier ministre, en était le responsable général, ce qui était une bonne chose puisque c'est lui qui avait les fonds.

L'autre question à régler est celle des responsabilités provinciales et des responsabilités fédérales. Les recommandations que vous nous avez faites aujourd'hui sont excellentes. Elles me plaisent toutes, mais je constate qu'elles mettent l'accent sur les responsabilités fédérales. Personnellement, je n'ai rien contre, mais ce n'est pas le cas de tout le monde. Sur cette question, les avis sont partagés, et d'aucuns estiment que nous devrions respecter à la lettre la répartition des pouvoirs telle qu'elle est définie dans la Constitution. Il est vrai que nous avons passé des accords avec les provinces, mais nous devons être très prudents lorsque nous empiétons sur leurs plates-bandes.

Le concept de stratégie nationale me plaît, et je crois que c'est réalisable. Par contre, un système national, c'est différent, et tout le monde n'en accepte pas le principe. Quoi que nous fassions, le fédéral va devoir jouer le rôle de chef de file pour l'élaboration de la stratégie, mais il aura besoin de la collaboration des provinces et des territoires s'il veut qu'elle donne des résultats. Votre aide, là aussi, nous sera très précieuse, surtout si nous voulons établir des normes nationales, car le gouvernement fédéral ne pourra pas les établir tout seul. Il aura besoin de la collaboration des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Je voudrais dire aussi que la garde d'enfants est un élément important de toute cette question. En fait, je préfère parler d'apprentissage ou de développement de la petite enfance. Pour beaucoup de gens, la garde d'enfants ou les garderies, c'est une responsabilité des parents. Mais la majorité des Canadiens comprennent que l'éducation est une responsabilité de la société. Je pense qu'il faut insister là-dessus.

Avez-vous quelque chose à ajouter au sujet de ces grandes fractures qui existent entre les gouvernements et à l'intérieur même des gouvernements? Il va falloir que nous trouvions une solution.

Dr Lalonde : Dans l'exemple que j'ai donné, celui de l'Initiative pancanadienne reliée à la naissance et de la Stratégie de gestion du risque, l'initiative a été acceptée parce qu'elle venait de médecins de toutes les provinces. Je ne pense pas que cela aurait marché si nous avions dépêché un fonctionnaire de Santé Canada auprès du gouvernement du Québec pour lui dire comment planter cette nouvelle initiative sur la gestion du risque. Ils ont bien vu, dès le départ, que nous représentions les médecins, les infirmières et les sages-femmes de tout le Canada, et que, si cela marchait dans les autres provinces, cela devrait marcher aussi chez eux.

Nous essayons de voir comment nous pouvons répartir les ressources humaines dont nous disposons. Guelph, en Ontario, a un besoin criant d'obstétriciens; les services d'obstétrique y sont saturés. Ils sont en train de calculer combien de sages-femmes, de médecins de famille, de gynécologues, de néonatalogues et de pédiatres il leur faut pour faire fonctionner l'établissement.

We need to look at new ways of delivering this message. The provinces do not seem to have it on their radar screen. If we come in with a multidisciplinary team and we have a few of these examples, such as those from Saskatchewan, Guelph or Trois Rivières, the provincial governments will eventually fund these initiatives.

We are not looking for \$300 million to do this. This is to deliver care. Not one cent of our project on the birthing strategy is to deliver care. It has to do with the strategy, the models and the implementation in a few communities. Then we need to get the provincial governments on board.

I was told by the deputy ministers in Ontario and Manitoba that they are interested. They have so much pressure on the delivery of care in their provinces that looking at other strategies may not be on their radar. We have the chance to do that. It is important for the Senate to take leadership here. I think people will listen to you.

Ms. Davis: I think it is important, when you speak about the federal-provincial-territorial equation, to not forget the intergovernmental organizations. As Dr. Lalonde has said, we can play that in-between role. Much of what both our organizations do is to create standards. In our case, it is for the care of children and youth. When the provinces get those standards from the Canadian Paediatric Society, they are likely to implement them because they know we are a group of honest pediatricians. If they came from the federal government, there may be more resistance.

The Public Health Agency of Canada is starting to incorporate us, but the more that groups like those of us represented here today can be incorporated, the easier the conversations will be.

Ms. White: I would like to speak to both Senator Keon's and Senator Eggleton's comments and applaud you for working together, including on the built environment.

We worked on a pan-Canadian project called Youth of Today, City of Tomorrow that fed into the World Urban Forum in Vancouver. Increasingly, we are working with provinces and territories and have sometimes been perplexed at how enthusiastic our federal partners have been with this support — and of course I am seeing more of that here in your presentation.

I have had concerns about this situation in terms of social cohesion. Of course, when we are taking made-in-Canada solutions to the global commons, sometimes I wonder if one Canadian voice is heard, never mind getting 13 or 14 Canadian voices heard.

Having said that, there is great enthusiasm, and I know we are working closely. I am about to meet with both the Western and Eastern provinces. There is great support and partnership, including funding support. The concern is integrating all of this; in other words, how to identify leadership. That is one of the issues we see across the country. You mentioned Tony Blair. I know the Ontario government is currently looking at an

Nous allons devoir trouver de nouvelles façons de communiquer notre message. Les provinces ne semblent pas avoir compris qu'il y avait un problème. Si nous allons les rencontrer avec une équipe multidisciplinaire, avec quelques exemples à l'appui, comme celui de la Saskatchewan, de Guelph ou de Trois-Rivières, je pense que les gouvernements provinciaux finiront par accepter de financer ces initiatives.

Nous ne réclamons 300 millions de dollars; ce budget, c'est pour la prestation des soins. Dans notre initiative reliée à la naissance, il n'y a pas un sou qui va à la prestation des soins. Il s'agit uniquement de la stratégie, des modèles et de leur implantation dans quelques communautés. Ensuite, il nous faudra convaincre les gouvernements provinciaux.

Les sous-ministres de l'Ontario et du Manitoba m'ont déjà dit qu'ils étaient intéressés. Ils ont tellement de soucis avec la prestation des soins qu'ils n'ont pas le temps de réfléchir à d'autres stratégies. Nous sommes là pour le faire. Il est important que le Sénat joue un rôle de chef de file, car je crois que les gens vous écouteront.

Mme Davis : Quand on parle des rapports fédéraux-provinciaux-territoriaux, il ne faut pas oublier les organisations intergouvernementales. Comme l'a dit le Dr Lalonde, nous pouvons jouer ce rôle d'intermédiaires. L'activité principale de nos deux organisations est d'établir des normes. Dans le cas de notre société, il s'agit de normes relatives au soin des enfants et des jeunes. Lorsque les provinces reçoivent les normes de la Société canadienne de pédiatrie, elles les mettent généralement en œuvre car elles savent qu'elles ont été établies par un groupe d'honnêtes pédiatres. Si elles provenaient du gouvernement fédéral, elles seraient peut-être plus réticentes.

L'Agence de la santé publique du Canada commence à nous intégrer à ses activités, et plus des groupes comme nous seront intégrés, plus cela enrichira le dialogue.

Mme White : J'aimerais féliciter vivement le sénateur Keon et le sénateur Eggleton de travailler ensemble sur tout ce dossier, y compris sur l'environnement bâti.

Nous avons collaboré à un projet pancanadien, Jeunes d'aujourd'hui, Ville de demain, qui s'est rattaché au Forum urbain mondial de Vancouver. De plus en plus, nous travaillons avec les provinces et les territoires, et nous sommes souvent surpris de la réaction enthousiaste de nos partenaires fédéraux. Je le vois encore davantage aujourd'hui, par vos commentaires.

Mais ce qui me préoccupe un peu, c'est la cohésion de notre approche. Quand nous proposons des solutions typiquement canadiennes à des tribunes internationales, je ne suis pas sûre que la voix du Canada réussisse à se faire entendre... alors si vous avez 13 ou 14 voix pour le Canada...

Cela dit, il y a beaucoup d'enthousiasme, et je sais que nous travaillons en étroite collaboration. Je vais rencontrer prochainement des représentants des provinces de l'Ouest et de l'Est. Nous disposons des appuis nécessaires, y compris les partenariats et les budgets. Le problème, par contre, c'est d'intégrer tout cela; autrement dit, il nous faut un chef de file. C'est l'un des problèmes qui se posent à l'échelle du pays. Vous

integrated strategy to attack poverty. They have asked us to present a series of projects that we have done on different age groups, et cetera. As exhausting as it is for civil society organizations like the United Nations Association in Canada, it is important, as I have heard from you, to have those bilaterals with the provinces and territories as well as here, with you.

Senator Brown: I wish to thank the witnesses. You are all obviously very professional people. One of our problems with the collection of statistics is the protection of privacy. Perhaps statistics could be collected with a double or triple coding system, using codes for ethnicity or place of residence. Only the health care system would have the key so that it could know to whom, exactly, the statistics relate.

Canada is the second largest country in the world and about 80 per cent of our people live within 200 miles of our southern border. I have learned from witnesses before this committee that much of our poverty and many of our problem areas are in our smaller communities.

That leads me to ask three simple questions. How many more doctors and health care workers do we need? How do we get them to practise in areas outside our major cities and to stay there? How does government either encourage these changes or move to try to enforce them?

Dr. Bigsby: That sounds like a question for me. We struggle with this problem a lot. We have a health human resource problem in our country and, as you say, it is not just in absolute numbers. There is a huge distribution issue. In some parts of the country, there is not much of a problem at all.

Not long ago there was a concerted cutback in the production of health care workers, and I can speak to doctors in particular. We are feeling it now, and we will not be able to solve this problem soon.

We also realize that there have been planning mistakes made in our medical schools. Medical schools were not thinking about why our country was training doctors, and what kind of work they would need to do. They did not design curricula that were conducive to having doctors choose family medicine and rural family medicine. That is in the process of changing now, but there is a time lag between the changes being conceptualized and implemented, and then seeing the effect at the other end.

You were talking not only about doctors but about all kinds of health care professionals, and I am glad you did because sometimes when we are looking at solutions, we will say that

avez parlé de Tony Blair. Je sais que le gouvernement de l'Ontario étudie actuellement une stratégie intégrée de lutte contre la pauvreté. Il nous a demandé de présenter une série de projets que nous avons réalisés avec différents groupes d'âge, notamment. Même si cela représente beaucoup de travail pour les organisations de la société civile comme l'Association des Nations Unies pour le Canada, il est important, et vous l'avez dit, que nous ayons ces bilatérales avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec vous, ici à Ottawa.

Le sénateur Brown : J'aimerais remercier les témoins. Manifestement, vous êtes tous très professionnels. En ce qui concerne la collecte de statistiques, l'un de nos problèmes est la protection de la vie privée. La solution consisterait peut-être à collecter les données avec un système de codage double ou triple, qui utiliserait un code pour l'origine ethnique, un code pour le lieu de résidence, et cetera. Seuls les services de santé en connaîtraient la clé, de sorte qu'ils pourraient savoir exactement à quels groupes se rapportent les statistiques.

Le Canada est le deuxième pays au monde par sa superficie, et environ 80 p. 100 de ses habitants habitent à moins de 200 miles de sa frontière avec les États-Unis. Certains des témoins qui ont comparu devant notre comité nous ont dit que c'est surtout dans les petites communautés qu'il y a le plus de pauvreté et qu'il y a le plus de problèmes.

Cela m'amène à vous poser trois questions bien simples : de combien de nouveaux médecins et professionnels de la santé avons-nous besoin? Comment peut-on les encourager à aller travailler en dehors des grandes villes et à s'y installer vraiment? Comment le gouvernement peut-il encourager ce genre de choses? Doit-il l'imposer?

Dre Bigsby : Je crois que cette question s'adresse à moi. Nous y avons beaucoup réfléchi. Nous avons au Canada une pénurie de professionnels de la santé, et, comme vous l'avez dit, ce n'est pas seulement une question de nombre. En effet, il y a le problème de la répartition des ressources dont nous disposons. Dans certaines régions du pays, il n'y a pas de pénurie.

Il n'y a si longtemps, on a réduit délibérément le nombre d'étudiants dans le domaine de la santé, et je parle notamment des médecins. On en ressent aujourd'hui les conséquences, qui ne se dissiperont pas de sitôt.

Nous nous rendons compte également que nous avons fait des erreurs de planification dans nos écoles de médecine. Celles-ci ne se sont pas demandé à quelles fins notre pays formait des médecins et vers quelles spécialités il fallait les orienter. Elles n'ont pas conçu leurs programmes d'études de façon à encourager les étudiants à s'orienter vers la médecine familiale ou la médecine familiale en milieu rural. C'est en train de changer, mais il y a toujours un certain décalage entre le moment où vous décidez d'adopter de nouveaux programmes et le moment où ces programmes commencent à avoir des effets.

Vous parliez non seulement des médecins mais de l'ensemble des professionnels de la santé, et je m'en réjouis car, parfois, lorsqu'on envisage des solutions, on se rend compte que les soins

maybe there is an alternate care provider who will do that work. The information tells us that they are just as likely to want to practise in an urban centre as is a doctor.

There are things we can do to make practice in rural and remote settings quite exciting. I am speaking as someone who did two years of rural family practice. That was one of the best times in my professional life. I really enjoyed it.

Some provinces have entertained return-of-service contracts, such as the military does. We thought that that was probably not the best way to go about it, because you want people practising in places where they are happy to practise, and I think there are other ways we can go about doing that.

I appreciate that I am not providing concrete answers, but the problem exists on many levels. Again, we are in deep difficulty now because of bad decisions made a generation ago, in doctor terms, and things are slowly turning around.

I live in a relatively rural area. The whole of Prince Edward Island can be considered rural. The medical students who come to our province love it. We are hoping to be able to encourage more of that.

Access to medical care is just one small piece of this puzzle. We want to see a healthy population that does not need quite so much medical care. We really believe that it is worth investing in the little ones.

Ms. Davis: I cannot tell you the number of pediatricians that we need. We made a proposal to the federal government three or four years ago to try to figure that out and, unfortunately, it was not funded. You cannot look at the number of pediatricians needed in a vacuum, because it takes a team of health care professionals to care for children and youth.

My members are spending the majority of their time on mental health. What we call community general pediatricians are spending 30 to 50 per cent of their time on kids with some kind of mental health issue. As an example, perhaps they are not going to school because of anxiety. Pediatricians can provide that care, but if there were more school-based psychologists or social workers, they could share the work in a team environment.

It is very important to the future of child and youth health care that we look at the team environment. Governments can facilitate different types of health professionals working together for children and youth.

We also look at different remuneration models. Especially in those jurisdictions where it is still fee-for-service, it is very difficult to look at innovative ways of providing child and youth health care. In Manitoba, for example, where it is salaried or some other remuneration model, pediatricians from Winnipeg go on a regular basis to the small- to mid-sized communities that serve Aboriginal

peuvent être dispensés par quelqu'un d'autre qu'un médecin. Malheureusement, d'après les informations que nous avons, ces substituts aux médecins ont eux aussi tendance à préférer les centres urbains.

Il y a des façons de rendre l'exercice de la médecine dans les zones rurales et éloignées beaucoup plus attrayant. Je parle en connaissance de cause puisque j'ai été médecin de famille en milieu rural pendant deux ans. C'était l'une des meilleures expériences de ma vie professionnelle. J'ai beaucoup aimé.

Certaines provinces ont envisagé des contrats de service, comme cela existe dans l'armée. Nous avons pensé que ce n'était pas une bonne solution, car l'objectif est d'avoir des médecins qui sont heureux d'exercer là où ils sont établis, et je crois qu'il y a d'autres façons de les encourager à aller s'installer dans ces régions.

Je sais que je ne vous donne pas de réponse concrète, mais le problème se situe à bien des niveaux. Au risque de me répéter, je dirais que nous avons de graves difficultés aujourd'hui parce que de mauvaises décisions ont été prises il y a une vingtaine d'années, et je veux parler de la formation des médecins. Mais la situation commence à changer.

J'habite dans une région relativement rurale, car on peut dire que toute l'île du Prince-Édouard est rurale. Les étudiants en médecine qui viennent s'installer dans notre province sont ravis. Nous espérons pouvoir en faire venir davantage.

L'accès aux soins médicaux n'est qu'une partie du problème. Ce que nous voulons, c'est faire en sorte que la population n'ait plus autant besoin de soins médicaux. C'est vraiment un objectif que nous devons poursuivre.

Mme Davis : Je ne peux pas vous dire de combien de nouveaux pédiatres nous avons besoin. Il y a trois ou quatre ans, nous avons proposé au gouvernement fédéral de calculer ce chiffre, mais notre proposition n'a pas reçu de financement. On ne peut pas calculer isolément le nombre de pédiatres nécessaires, car c'est toute une équipe de professionnels de la santé qu'il vous faut pour soigner les enfants et les jeunes.

Nos membres consacrent la majeure partie de leur temps à des problèmes de santé mentale. Ceux que l'on appelle les pédiatres communautaires passent 30 à 50 p. 100 de leur temps avec des enfants qui ont des problèmes de santé mentale. Dans certains cas, ils ne vont pas à l'école parce qu'ils souffrent d'anxiété. Les pédiatres peuvent s'en occuper, mais s'il y avait davantage de psychologues ou de travailleurs sociaux dans les écoles, ils pourraient se répartir la tâche et travailler en équipe.

Ce concept de travail en équipe est très important pour l'avenir des soins de santé destinés aux enfants et aux jeunes. Les gouvernements devraient encourager les professionnels de la santé à travailler ensemble lorsqu'ils s'occupent d'enfants et de jeunes.

Nous examinons aussi différents modèles de rémunération. Dans les provinces où les soins sont payants, il est très difficile de trouver des façons novatrices de dispenser des soins de santé aux enfants et aux jeunes. Au Manitoba, par exemple, où les pédiatres touchent un salaire ou une autre forme de rémunération, ceux qui exercent à Winnipeg se rendent régulièrement dans les petites

children and youth, and they provide ongoing care via tele-medicine. It may not be possible to justify having a pediatrician in Thompson, Manitoba, but by using different methods of remuneration they get pediatricians there regularly. In that way, the physician knows the child, and can provide better health care remotely.

We must go for teams, and we must look at models of compensating different types of health professionals that encourage them, even if only temporarily, to get out of the large academic centres and into schools, the communities or more distant remote areas.

Dr. Lalonde: I have a comment on poverty. I think it occurs not only in small cities, such as in Ottawa, for example. I hear in Ottawa, the Aboriginal or First Nations make up less than 10 per cent of the population but make up over 70 per cent of the homeless. We know about poverty in Toronto, Montreal and Vancouver. It is everywhere. It is not limited to particular regions.

How many more doctors do we need? My colleague stated that, years ago, nobody ever dared asked specialty societies in Canada to try to answer that question. We had famous economists from Vancouver who told us in the late 1980s — I was there, and I was fighting mad — that we had too many doctors in Canada. I knew that that was not true.

I will give you an example why these people have it wrong. First, they do not talk to the people in the field. There are over 1,650 gynecologists/obstetricians in Canada. If you divide the population by 1,600, we know who is doing obstetrics. There are only 1,000 doing obstetrics because some are in administration, some are in research, infertility, cancer, et cetera. If the bean counters do not have the right statistics, they do not come up with the right answers.

We are doing surveys now. I cannot give you the exact number but I can tell you that we need to use different models, such as paediatrics is looking at. We need to make better use of midwives and nurses. We must get out of these silos.

We need to have teams. We need to say that in specific areas there are, perhaps, 2,000 deliveries. Therefore, we have so many kids to take care of; what is the team? Perhaps it is four nurse practitioners, two doctors, one paediatrician, et cetera. We need to look at that kind of thing.

Our provincial systems are extremely rigid. It is fee for service, and if you try to go outside that model, it can take five or 10 years to get funding for a good idea in connection with trying to care for Canadians.

Second is rural practice. B.C. and Ontario with their rural medical school is the answer. I was born in a farming area of Ontario. When I was in medical school, if they had said I would

communautés pour soigner les enfants et les jeunes Autochtones; ils dispensent également des soins grâce à la télémédecine. S'il n'est pas justifié d'avoir un pédiatre à Thompson, au Manitoba, on peut utiliser différentes méthodes de rémunération pour y envoyer des pédiatres, à intervalles réguliers. De cette façon, le médecin connaît l'enfant et peut lui donner de meilleurs soins, même à distance.

Il faut donc encourager le travail en équipe, et il faut examiner d'autres modèles de rémunération de nos professionnels de la santé afin de les encourager, ne serait-ce que temporairement, à quitter les grands centres universitaires et à aller dans les écoles, les communautés et les régions plus éloignées.

Dr Lalonde : J'aimerais faire un commentaire sur la pauvreté. À mon avis, elle n'est pas circonscrite aux petites villes, comme à Ottawa, par exemple. J'ai entendu dire qu'à Ottawa, les Autochtones et les membres des Premières nations représentent moins de 10 p. 100 de la population, mais plus de 70 p. 100 des sans-abri. Nous savons tous qu'il y a de la pauvreté à Toronto, à Montréal et à Vancouver. Il y en a partout, et pas seulement dans certaines régions.

De combien de nouveaux médecins avons-nous besoin? Ma collègue a dit que, il y a quelques années, le gouvernement n'a pas osé demander aux sociétés spécialisées au Canada d'essayer de répondre à cette question. À la fin des années 1980, d'éminents économistes de Vancouver nous ont dit, et j'étais vraiment furieux de l'entendre car j'étais présent, que nous avions trop de médecins au Canada. Je savais bien que ce n'était pas vrai.

Je vais vous expliquer pourquoi ces gens-là en arrivent à de mauvaises conclusions. D'abord, ils ne parlent pas à ceux qui travaillent sur le terrain. Il y a plus de 1 650 gynécologues / obstétriciens au Canada. Si vous divisez la population par 1 600, cela vous donne une idée. Il n'y en a que 1 000 qui exercent vraiment l'obstétrique car il y en a qui font de l'administration, d'autres de la recherche sur la stérilité, le cancer, et cetera. Si nos comptables n'utilisent pas les bonnes statistiques, ils ne peuvent pas parvenir aux bonnes conclusions.

Nous sommes en train de faire des sondages. Je ne peux pas vous donner un chiffre exact, mais je peux vous dire que nous avons besoin d'utiliser différents modèles, comme le fait la Société de pédiatrie. Nous devons trouver le moyen de mieux utiliser les sages-femmes et les infirmières. Il faut supprimer les cloisons.

Il faut constituer des équipes. Nous devons être en mesure de dire que, s'il y a 2 000 naissances dans une région donnée, cela fait autant d'enfants dont il faudra s'occuper, et par conséquent il nous faut tant d'équipes. Peut-être qu'il faudra quatre infirmières, deux médecins, un pédiatre, et cetera. C'est ça qu'il faut faire.

Nos systèmes provinciaux sont extrêmement rigides. C'est tant de l'acte, et si vous essayez de sortir de ce modèle, ça peut vous prendre 5 ou 10 ans pour réussir à faire financer une façon novatrice de soigner les Canadiens.

Deuxièmement, il y a la médecine rurale. La Colombie-Britannique et l'Ontario ont trouvé la solution avec leurs écoles de médecine rurale. Je suis né dans une région rurale de l'Ontario,

get \$10,000 a year for each year spent in a rural area, I would have been the first one to sign up. We were in debt over our heads and nobody cared. We had to borrow.

There are systems to encourage young people. We are hearing more and more students are coming out of medical school with large debts. In Toronto, it is \$30,000 or \$35,000 a year. It is a scandal to go to medical school. I would not have been able to afford medical school at the University of Toronto, coming from a farm.

Third, enforcing is not the idea; the idea is finding incentives. When I was practicing in Montreal, I was surprised when talking to a friend of mine. He said, “We are working in James Bay. We have this big project.” This was back in the 1970s. I said, “You must have a hard time finding engineers.” No, they did not have a hard time. They had the people to work there. They had incentives and, therefore, electricians, doctors, surgeons — whatever they needed — went because there were incentives.

Working on incentives and encouraging people from communities is critical. We have a big program — and I think the CMA has been promoting this — for Aboriginal medical students. These are some of the positive things we can do to change that human resourcing. I would put forward a plea by us that, when they discuss human resources, we be at the table.

The Chair: Thank you. Senator Fairbairn is next. Everyone around this table is interested in something. Senator Fairbairn, I have to tell you, has been interested in literacy for a very long time. She is interested in literacy through the life cycle.

One of the most interesting hearings I ever sat through was a hearing about adult literacy and how some of them were able to become literate. I am not sure if that is relevant, but I wanted to tell you where she is coming from.

Senator Fairbairn: It has been truly wonderful listening to you. As the good doctor noted, for many years I was very much involved with the National Literacy Secretariat and the work it did across the country.

So much has been said today about the importance, first, of working together, getting in on the ground, getting into the areas where people live and where all these very difficult and, in some cases, very uplifting things are made a reality if you are working together. If you are working together, not just here and there, but everywhere across the country, it can make a huge difference. The kind of work that you are doing, the way you are doing it and the notion of having a pan-Canadian procedure across the nation is absolutely terrific. I am sure it will work for you.

I think warmly — and sadly — about how the National Literacy Secretariat — a very small group of about 22 people — hung like an umbrella across the entire country, in every province

et si on m’avait dit, quand j’étais à l’école de médecine, que je pourrais toucher 10 000 dollars par an pour chaque année passée dans une zone rurale, j’aurais été le premier à m’engager. Nous étions endettés jusqu’au cou, et personne ne s’en souciait. Nous avons dû emprunter.

Il y a des moyens d’encourager les jeunes. On sait que, de plus en plus, les étudiants qui sortent de l’école de médecine sont très endettés. À Toronto, ils s’endettent de 30 000 à 35 000 dollars par an. C’est un véritable scandale. Venant d’une région rurale, je n’aurais jamais eu les moyens d’aller à l’école de médecine de l’Université de Toronto.

Troisièmement, il ne faut rien imposer, il faut plutôt offrir des incitatifs. Lorsque j’exerçais à Montréal, je me souviens d’avoir rencontré un ami qui travaillait dans un grand projet à la Baie James. C’était dans les années 1970. Je lui avais alors demandé s’il avait du mal à recruter des ingénieurs. Il m’avait répondu que non, pas du tout, ils avaient tous les travailleurs dont ils avaient besoin — électriciens, médecins, chirurgiens et autres — parce qu’ils leur offraient des incitatifs.

Il faut donc trouver quels incitatifs on pourrait offrir, et aussi encourager les gens des régions éloignées. Nous avons un programme spécial, dont l’AMC fait la promotion, je crois, à l’intention des étudiants en médecine d’origine autochtone. Voilà le genre de solution qu’on peut mettre en place pour pallier notre pénurie d’effectifs. J’aimerais profiter de l’occasion pour suggérer à l’AMC de nous inviter la prochaine fois qu’ils discutent de ressources humaines.

Le président : Merci. Je vais maintenant donner la parole au sénateur Fairbairn. Chacun d’entre nous s’intéresse à une question en particulier, et en ce qui concerne le sénateur Fairbairn, je vous préviens, c’est la littéracie, à toutes les étapes de la vie. Elle s’y intéresse depuis très longtemps.

L’une des audiences les plus intéressantes auxquelles j’ai assisté portait sur la littéracie chez les adultes et comment certains adultes parvenaient à apprendre à lire et à écrire. Je ne sais pas si c’est pertinent, mais je voulais vous dire ce qui intéresse le sénateur Fairbairn.

Le sénateur Fairbairn : Je suis très heureuse d’avoir entendu vos témoignages. Comme l’a dit le bon docteur, j’ai travaillé pendant longtemps auprès du Secrétariat national à l’alphabétisation.

On a beaucoup parlé aujourd’hui de la nécessité, premièrement, de collaborer avec les partenaires, et d’aller sur place, dans ces régions où l’on réussit à mettre en place des solutions très encourageantes, grâce à la collaboration. Cette collaboration ne doit pas être ponctuelle, elle doit se faire à l’échelle du pays, car ce n’est que de cette façon qu’on obtiendra vraiment des résultats visibles. Le travail que vous faites, la façon dont vous le faites, et cette initiative pancanadienne dont vous avez parlé, je trouve tout cela extraordinaire. Je suis sûre que vos efforts vont aboutir.

C’est avec affection, et en même temps une certaine tristesse, que je pense au Secrétariat national à l’alphabétisation. C’était un groupe d’environ 22 personnes, qui chapeautait en quelque sorte

and territory. It was not just in the upper levels of education but right smack down where the babies were born, and on and on. You will find colleagues in this room from Newfoundland and from Prince Edward Island who were involved in all of this, as well.

The things that you are doing are being done in the manner that you know what it is you are doing and you know where you are going. The question is around the tools needed to get there. I think you are doing a great job. Your enthusiasm is absolutely wonderful. It can be felt in the room.

I noticed recently that, although we do not have the same effort nationally that existed previously, all of the provinces and territories have banded together again. They are working on a pan-Canadian learning program together. It is those kinds of connecting links that make it possible for you, with the skills that you have, to get them on the run for the people who need them the most.

I cannot tell you how much I have enjoyed your presentations. I almost gave a round of applause on many occasions as you spoke, because you will be doing something very special for our country. I thank you for that.

The Chair: Thank you, Senator Fairbairn. Senator Cochrane is from Newfoundland.

There are two areas where I have seen population health models that really work. One is Cuba, and it works because of the polyclinics that deal with every human citizen, including prenatal counselling to grandparent counselling, to help raise grandchildren, et cetera. It is because of the network of these clinics that every Cuban citizen has a doctor and a member of the health care team. Their numbers are phenomenon for a poor country. Their maternal health is the same as ours, as is their infant mortality. Their health outcomes are fantastic. They have the polyclinics and they deal with the life cycle. You know the old saying "It takes a village to raise a child." They believe it takes a community to do so and to move that child through life in a healthy fashion.

The closest thing to that in Canada is found in Newfoundland. Senator Cochrane is from Newfoundland. They have the best information system in the country for population health. They can show you a map of Newfoundland that is a series of dots from yellow to red that indicate the health status of Newfoundland in each area, whether by postal code, community, town, et cetera.

I have no idea what Senator Cochrane is intending to ask you, but I can tell you she is an authority.

Senator Cochrane: We have made quite a few advances, mainly due to some of our dedicated public servants. They have been phenomenal. We have a strategy under way whereby we can designate, even in a small region, a particular item to that community.

l'ensemble du pays, les provinces et les territoires. Il s'intéressait non seulement aux échelons supérieurs de l'éducation, mais aussi à l'apprentissage des nouveau-nés. Il y a d'autres sénateurs ici présents, de Terre-Neuve et de l'Île-du-Prince-Édouard, qui s'y sont intéressés.

Ce que vous faites, vous savez comment le faire et vous savez où vous voulez aller. Le problème, ce sont les outils dont vous avez besoin. Vous faites un travail fantastique. Votre enthousiasme est extraordinaire. Il est même palpable.

Je constate que, même si nous n'avons pas le même niveau de collaboration au niveau national qu'il y a quelques années, récemment, les provinces et les territoires ont décidé de conjuguer leurs efforts pour mettre en place, tous ensemble, un programme pancanadien d'apprentissage. C'est grâce à ces réseaux de collaboration que vous pouvez ensuite, dans vos domaines de spécialités, venir en aide à ceux qui en ont le plus besoin.

Je ne saurais vous dire à quel point j'ai apprécié vos exposés. J'étais prête à applaudir à bien des moments, car vous êtes en train de faire quelque chose d'extraordinaire pour notre pays, et je vous en remercie.

Le président : Merci, sénateur Fairbairn. Le sénateur Cochrane vient de Terre-Neuve.

Il y a deux endroits où nous avons vu des modèles de santé des populations qui fonctionnaient vraiment. Le premier est Cuba, où les polycliniques s'occupent de tous les citoyens et leur offrent même des services de conseils prénatals, des services de conseils aux grands-parents, et cetera. Grâce à ces cliniques, chaque citoyen cubain a accès à un médecin et à un professionnel d'une équipe soignante. Ce sont des résultats phénoménaux pour un pays aussi pauvre que Cuba. Leurs statistiques sur la santé maternelle et sur la mortalité infantile sont les mêmes que les nôtres. Leurs résultats sont vraiment fantastiques. Leurs polycliniques s'occupent de tous les citoyens à toutes les étapes de leur vie. Vous connaissez le vieil adage : « L'enfant a besoin du village pour grandir ». Pour les Cubains, c'est la communauté qui remplace le village et qui accompagne l'enfant dans son cheminement vers l'âge adulte.

Au Canada, le modèle le plus proche du modèle cubain est celui de Terre-Neuve, et c'est de cette province que vient le sénateur Cochrane. Leur système d'information sur la santé des populations est le meilleur au Canada. Sur une carte représentant Terre-Neuve, vous avez toute une série de points, allant du jaune au rouge, qui indiquent l'état de santé de la population dans chaque zone, que ce soit par code postal, par collectivité, par ville ou autre.

Je n'ai aucune idée de la question que va vous poser le sénateur Cochrane, mais je peux vous dire que c'est une autorité en la matière.

Le sénateur Cochrane : Nous avons fait pas mal de progrès, en grande partie grâce au dévouement de certains de nos fonctionnaires. Ils ont été extraordinaires. Nous avons mis en place une stratégie qui nous permet de cibler une activité en particulier au niveau d'une collectivité, quelle que soit la région.

It may be worth your while, especially for the Canadian Medical Association, to review this process because it is a phenomenal program. We know Prince Edward Island is about to implement it after having done a review, and Nova Scotia and British Columbia have made inquiries into the program.

Dr. Lalonde, I understand what you are saying. We need a team approach. We must get rid of these silos. That is not what Canada is about. We must share. If anything in this world is effective, let us publish it, put it out there and tell the world about it. This is where I am coming from.

Tell us about this national immunization strategy. It was a positive strategy. I am looking for positive things. I am not looking for the negative. I want the positive things to be out there in the media and in all the newspapers, with all the hospitals, doctors, et cetera involved in this process. Positive things are being accomplished and we can accomplish more than we are now.

Ms. Davis: A few factors have led to its success. From the outset, it has been carried out in partnership with the federal-provincial-territorial governments as well as the NGOs. For the most part, we have had equal footing. We set out goals for where we wanted Canadian children and youth to be regarding immunization. We have said we want 95 per cent of Canadian infants to have their whooping cough vaccine by a specific time.

Then it was left up to the provinces and territories to figure out how to deliver the program. We all agreed on the goals. They looked to groups such as the Canadian Paediatric Society to set the standards to educate the physicians. We also do public education, for example, to create tools for when a physician raised immunization with a family, there would be a reliable tool from the Canadian Paediatric Society that a doctor or nurse could use in their conversation.

It was also helpful that the federal government set aside a pot of \$300 million to be accessed by the provinces as they saw fit to initiate programs in four new immunizations that have been recommended in the past 10 years.

The success was in setting the goals nationally for everyone involved — funders, government and health care workers. Then each jurisdiction was able to determine the best way for them to deliver the program.

Senator Cochrane: It has been a success and produced savings as well. What about your teen clinics? I understand that has been positive as well.

Ms. Davis: It is very positive. I use the example of Cape Breton, where we have active members. A couple of afternoons a week, a nurse is in the high school so the students can casually go

Je suis sûre que cela vous intéresserait, surtout l'Association médicale canadienne, d'en savoir davantage sur ce programme absolument phénoménal. Après l'avoir étudié, l'Île-du-Prince-Édouard est sur le point de le mettre en œuvre, et la Nouvelle-Écosse et la Colombie-Britannique ont déjà manifesté de l'intérêt.

Docteur Lalonde, je suis d'accord avec vous : il faut adopter le principe des équipes. Il faut supprimer les cloisons, car ce n'est pas ça le Canada. Nous devons partager. Si nous trouvons des solutions efficaces, il faut les faire connaître aux autres, au monde entier même. C'est ce que j'ai toujours pensé.

Pouvez-vous nous dire quelques mots de la stratégie nationale de vaccination? C'était une stratégie positive, et j'aime bien entendre parler de choses positives. Je ne cherche pas à me renseigner sur les expériences négatives; ce sont les expériences positives qu'il faut faire connaître, au moyen des médias et des journaux, à tous les hôpitaux, à tous les médecins participants. Il y a des choses positives qui se font, à l'heure actuelle, mais nous pouvons faire plus.

Mme Davis : Plusieurs facteurs ont contribué à son succès. D'abord, il y a eu un partenariat entre les gouvernements fédéral-provinciaux-territoriaux ainsi qu'avec les ONG. En général, nous étions sur un pied d'égalité. Nous avons proposé des objectifs de vaccination pour les enfants et les jeunes. Nous avons dit que nous voulions que 95 p. 100 des nouveau-nés canadiens soient vaccinés contre la coqueluche avant un certain âge.

Ensuite, ce sont les provinces et les territoires qui ont dû décider comment mettre en œuvre le programme. Nous étions tous d'accord sur les objectifs. Les gouvernements se sont adressés à des groupes comme la Société canadienne de pédiatrie pour fixer les objectifs à transmettre aux médecins. Nous nous occupons d'éducation en mettant au point, par exemple, des guides et des outils que peuvent utiliser un médecin ou une infirmière lorsqu'ils doivent convaincre une famille de la nécessité de faire vacciner son enfant.

Fort heureusement aussi, le gouvernement fédéral avait mis de côté une somme de 300 millions de dollars à l'intention des provinces qui acceptaient de mettre en œuvre les quatre nouveaux programmes de vaccinations que nous avons recommandés au cours des 10 dernières années.

Le succès de cette stratégie tient au fait que nous avons réussi à fixer des objectifs nationaux avec la participation de tous — les bailleurs de fonds, les gouvernements et les professionnels de la santé. Ensuite, c'est à chaque province ou territoire qu'il appartenait de décider de la meilleure façon d'administrer le programme.

Le sénateur Cochrane : Non seulement cela a été un succès, mais vous avez réussi à réduire les dépenses. Qu'en est-il de vos cliniques pour adolescents? J'ai entendu dire que c'était aussi un succès.

Mme Davis : C'est très positif. Je vais prendre l'exemple de Cap-Breton, où nous avons des membres actifs. À peu près deux après-midi par semaine, une infirmière assure une permanence à

and ask for advice on birth control, for example. It is done in a way that the students do not feel barriers to accessing care.

They also have pediatricians in Cape Breton involved. Therefore, if the nurses see a young person who is not doing as well as one might hope, the child can see the pediatrician in the school, from what I understand.

It is bringing health care to a vulnerable population. I would suggest that youth are a vulnerable population. They are expected to deal with a lot these days. Instead of expecting them to go to health care, which we know they are not good at doing, we are bringing health care to them.

Another model, though not dealing with teenagers, is at the University of Prince Edward Island. There is one family physician I know who specializes on male health issues. He goes into the residences and sets up a room. People can go chat with him. It is health care taken to the populations that need it as opposed to waiting for them to come to us.

Senator Cochrane: You are part as the Canadian Medical Association. Have you portrayed this great strategy to other provinces?

Ms. Davis: I am with the Canadian Paediatric Society. Where we can, we do. We encourage best practices to be modeled. Part of the challenge is that there are many best practices that we do not necessarily know about.

At our annual conferences and through other forums, we try to encourage people to write about these best practices and to disseminate them.

Senator Cochrane: That is exactly my beef. The best practices are not publicized. Other provinces, doctors, families and mothers are probably not aware.

Dr. Bigsby: I will speak to that as well from the point of view of the silos. The Canadian Medical Association has invested heavily into looking inward at the problems with the system that creates barriers to people obtaining health care. Silos are definitely one of those problems.

I found it helpful to look at this situation from the perspective that if someone comes looking for help, they do not know how the system works. Every door they knock on should be the right door. They should not have to figure out where they need to go.

This particular metaphor was brought to my attention. I work with the Aboriginal Women's Association on fetal alcohol. If you are a young mother, you think something is wrong with your child and it occurs to you that you were drinking during pregnancy. How do you raise that with someone? How do you get a yes or no answer to the question in the back of your mind, whether your baby is affected? You may talk to someone who does not have the

l'école secondaire; les élèves peuvent aller la consulter sans rendez-vous, pour parler de contraception, par exemple. Il faut que les élèves puissent la consulter librement, sans entraves.

Des pédiatres de Cap-Breton participent aussi au projet, et lorsque l'infirmière constate qu'un élève ne va pas bien, elle peut l'orienter vers le pédiatre qui se rend, lui aussi, à l'école.

C'est ainsi qu'on réussit à apporter des soins à une population vulnérable, car j'estime que les jeunes constituent une population vulnérable. La vie n'est pas toujours facile pour eux. Alors, plutôt que de penser qu'ils vont aller chercher les soins dont ils ont besoin, ce qu'ils ne font pas souvent, nous avons décidé de leur apporter nous-mêmes ces soins.

Un autre exemple, même s'il ne s'agit plus d'adolescents, est celui de l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard. Il y a là-bas un médecin de famille que je connais et qui se spécialise dans la santé des hommes. Il se rend dans les résidences et y assure une permanence, pour que les étudiants puissent venir discuter avec lui. Ce sont là des exemples qui vous montrent qu'on peut apporter des soins à certaines populations, plutôt que d'attendre qu'elles fassent l'effort de venir vous voir.

Le sénateur Cochrane : Vous faites partie de l'Association médicale canadienne. Avez-vous présenté cette superbe stratégie à d'autres provinces?

Mme Davis : Je fais partie de la Société canadienne de pédiatrie. Quand nous en avons l'occasion, nous le faisons. Nous encourageons toujours la promotion de pratiques exemplaires. Le problème, c'est qu'il y a certainement beaucoup de pratiques exemplaires dont nous n'entendons pas parler.

À nos conférences annuelles et dans d'autres tribunes, nous essayons d'encourager les gens à écrire des articles sur ces expériences positives et à les diffuser.

Le sénateur Cochrane : C'est justement là où je voulais en venir : ces pratiques exemplaires sont souvent méconnues. Les autres provinces, les médecins, les familles et les mères ne sont certainement pas au courant.

Dre Bigsby : Je vais répondre à votre question, et à celle sur le cloisonnement. L'Association médicale canadienne a beaucoup réfléchi au problème du cloisonnement, et aux raisons pour lesquelles certaines personnes ont du mal à obtenir des soins de santé. Les cloisons existantes sont assurément un problème.

J'ai essayé de réfléchir à toute cette question en me demandant comment faire pour qu'une personne, qui ne connaît absolument rien du système, puisse savoir à quelle porte frapper. Celui qui a besoin de soins de santé ne devrait pas à avoir à se demander à quel service s'adresser.

Cela me fait penser à une métaphore qu'on m'a rapportée. Je travaille avec l'Association des femmes autochtones sur le problème du syndrome de l'alcoolisme fœtal. Prenez le cas d'une jeune mère qui croit que son enfant a un problème; elle se demande peut-être si c'est parce qu'elle a consommé de l'alcool pendant sa grossesse. Mais à qui peut-elle parler de ses craintes? Comment peut-elle en avoir le cœur net, et savoir si oui ou non ses

information, and they may falsely reassure you because they do not know where to send you. That should not be happening. It is a hard question for a mother to ask.

We need to create a system that will guide a person to go to the place where they need to go in order to get the help that they need.

Ms. White: When it comes to Newfoundland and Labrador, increasingly there is more diversity on the island. There has been incredible social cohesion and I would say that that is one of the reasons for the fantastic community support. It will be interesting to see how this is introduced and how these new Canadians are integrated as well.

For the project Healthy Children, Healthy Communities, we have developed tool kits for the community in terms of best practices. We found peer-to-peer education to be remarkably helpful.

We have developed a tool kit on HIV/AIDS called It Is Time to Act. Our research was astounding in showing the ignorance of young people. These were basically our best and brightest because they were part of our Model UN. The ignorance around birth control generally versus barrier birth control in preventing HIV/AIDS was startling. We gave them the kind of information they needed and told them they could become a peer-to-peer mentor and talk to other people in their community. The peer-to-peer approach is very important.

Likewise, we have developed a model for Healthy Children, Healthy Communities. It will actually take youth-serving agencies like ours in the informal, non-formal and formal education sector with ways to engage young people, to hear young people's voices about their own health, their own issues, and to take action, including how they can bring their voices to circumstances like this or to agencies like CMA or other NGOs. How do we raise their skills enough to tell their stories, which need to be heard? This is happening and it is quite positive. In fact, we have been happy to work in Newfoundland on these issues as well.

The Chair: I want to ask you all a favour. You presented some bad statistics on population health, but the most damning statistic that has come out recently is that we are thirtieth of 30 developed nations in efficiency for our health care delivery system and 23rd of 30 in the overall health of our citizens.

I have been convinced for at least 10 years that we will not overcome this situation until we can achieve a whole-of-government approach to population health, from womb to tomb — in fact beyond womb; from parenting to death. One-shot initiatives will not get the job done.

crainces sont justifiées? La personne à qui elle va en parler ne sera peut-être pas bien informée, et elle essaiera peut-être de la rassurer, à tort, parce qu'elle ne saura pas auprès de qui l'envoyer. Il ne devrait pas en être ainsi. C'est difficile pour une mère de poser ce genre de question.

Il faut donc créer un système qui guidera la personne directement vers le service dont elle a besoin.

Mme White : S'agissant de Terre-Neuve et du Labrador, il y a de plus en plus diversité sur l'île. La cohésion sociale y est très forte, et je dirais même que c'est l'une des raisons pour lesquelles il existe un soutien communautaire très solide. Il sera intéressant de voir comment tout cela est mis en place et comment les Néo-Canadiens sont intégrés.

Pour ce qui est du projet Les enfants sains dans les communautés saines, nous avons mis au point des outils et des guides des pratiques exemplaires à l'intention des communautés. Nous avons constaté que l'éducation entre pairs donnait des résultats extraordinaires.

Nous avons préparé une trousse d'outils sur le VIH/sida intitulée « Il est temps d'agir », parce que nous avons été surpris de constater, dans nos recherches, la grande ignorance des jeunes dans ce domaine. Et pourtant, il s'agissait de jeunes très prometteurs, qui faisaient partie de notre Modèle ONU. Leur ignorance de la contraception en général par opposition aux précautions à prendre pour prévenir le VIH/sida était surprenante. Nous leur avons donné les informations dont ils avaient besoin tout en les encourageant à informer à leur tour leurs camarades de la communauté. Cette méthode d'apprentissage par les pairs est très importante.

De la même façon, nous avons mis sur pied un modèle pour Les enfants sains dans les communautés saines. L'objectif est d'amener des organisations qui s'intéressent, comme nous, aux moyens à la fois officiels et officieux d'éduquer les jeunes, à encourager ces derniers à parler de leur santé et de leurs problèmes et à prendre l'initiative d'aller en parler à des groupes comme le vôtre ou comme l'AMC ou des ONG. Comment leur donner les compétences qui leur permettront de raconter leur histoire, de parler de leurs problèmes? Cela se fait déjà, et c'est très positif. En fait, nous sommes heureux d'avoir pu faire quelques expériences à Terre-Neuve.

Le président : Permettez-moi de vous demander une faveur. Vous nous avez donné des statistiques peu encourageantes sur la santé des populations, et la plus déprimante était sans doute que nous occupons le dernier rang de 30 pays développés pour ce qui est de l'efficacité de notre système de santé, et le 23^e rang pour ce qui est de l'état de santé général de notre population.

Depuis au moins 10 ans, je suis convaincu que la situation ne s'améliorera pas tant que nous n'aurons pas adopté une approche pancanadienne vis-à-vis de la santé des populations, pour toutes les étapes de la vie, de la conception à la mort, et en fait, en commençant avant la conception, par l'éducation des parents. Les initiatives ponctuelles ne sont que des cataplasmes sur une jambe de bois.

I have spoken to quite a few people about this matter, and I will raise it publicly for the first time at the public health meeting in Halifax next week. I have spoken privately to people with vested interests. I am absolutely convinced, and will have to be unconvinced, that nothing else will get the job done for us.

I would like all of you to think about how we can sell federal, provincial, and community governments on an all-of-government approach to population health, from womb to tomb, and how we can develop the kind of community system that we saw in Cuba of polyclinics, where everyone is involved in the well-being of the community.

Thank you, and good night.

The committee adjourned.

OTTAWA, Thursday, June 5, 2008

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:54 a.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

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

[*English*]

The Chair: Honourable senators, we are delighted to have an excellent panel before us this morning: Dr. Marcia Hills, from the University of Victoria; Dr. Maria De Koninck, from Laval University; Dr. Shanthi Johnson, from the University of Regina; and Mr. Richard Prial, from the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.

[*Translation*]

Maria De Koninck, Professor, Department of Social and Preventive Medicine, Laval University: Mr. Chairman, thank you for allowing us to speak on social inequalities in health, a question of considerable interest to us. I will focus solely on the problem of research, since that is my field of expertise. The purpose of my presentation will be to emphasize points concerning research needs in Canada to enable us to address social inequalities in health.

Social inequalities in health — I have seen the report you produced — are amply documented. They do indeed exist and have a significant impact on population health. Social inequalities have become a public health priority. The director of the Public Health Agency of Canada will soon be preparing a report on the issue.

Although we know the situation, we lack the necessary knowledge for a better understanding of how these inequalities are created and especially how they last. The situation is so

J'en ai parlé en privé à pas mal de personnes, et j'en parlerai pour la première fois en public à la conférence sur la santé publique qui a lieu à Halifax la semaine prochaine. Je suis absolument convaincu, et ce sera difficile de me faire changer d'avis, que c'est la seule solution.

J'aimerais que vous réfléchissiez tous à la façon dont nous pourrions faire accepter une telle approche aux gouvernements fédéral, provinciaux et locaux. Je veux parler d'une approche pancanadienne vis-à-vis de la santé des populations, de la conception à la mort. Je vous demande aussi de réfléchir à la façon dont nous pourrions mettre en place le genre de système communautaire que nous avons vu dans les polycliniques de Cuba, où chacun participe au bien-être de la communauté.

Merci et bonne soirée.

La séance est levée.

OTTAWA, le jeudi 5 juin 2008

Le Sous-comité sur la santé de la population du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit ce jour à 10 h 54 pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

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

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs, nous sommes très heureux d'avoir ce matin devant nous un groupe de qualité : Mme Marcia Hills, de l'Université de Victoria; la Dre Maria De Koninck, de l'Université Laval; Mme Shanthi Johnson, de l'Université de Regina; M. Richard Prial, du ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario.

[*Français*]

Maria De Koninck, professeur titulaire, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval : Monsieur le président, je vous remercie de nous permettre de nous exprimer en ce qui concerne les inégalités sociales en santé, c'est une question qui nous tient beaucoup à cœur. Je m'attarderai seulement au problème de la recherche puisque c'est mon champ d'expertise. Ma présentation tentera de faire ressortir des éléments concernant les besoins en recherche au Canada pour nous permettre de nous attaquer aux inégalités sociales de santé.

Les inégalités sociales de santé — j'ai vu le rapport que vous avez produit — sont amplement documentées. Elles existent bel et bien et produisent un impact important sur la santé de la population. Du côté de la santé publique, les inégalités sociales sont une priorité. D'ailleurs, le directeur de l'Agence de la santé publique du Canada produira un rapport sur la question prochainement.

Bien que nous connaissions la situation, il manque les connaissances nécessaires pour mieux comprendre comment se construisent ces inégalités et surtout comment elles perdurent. La

chronic that it is perpetuated in certain social groups from generation to generation, with children born in poverty also bringing children into the world in poverty. We need to understand how the phenomenon works so we can take action and reduce these inequalities.

Our needs go beyond the need for a description. I will place considerable emphasis on this point. We must go much further than merely describing inequalities. We must understand and start acting by experimenting, particularly with approaches that must be evaluated. When we talk about approaches, that includes public policies and their impact so that we can adjust them.

In the document that has been distributed to you, I provide a theoretical model on health determinants that comes to us from England. This is probably the most widely used model right now. It clearly shows how public policies go through various conditions to reach the health of individuals. In this theoretical model, the emphasis is placed on the set of conditions that act on the health of individuals. To understand how inequalities are created between individuals, it is important to take this set of determinants into account. This is an absolutely enormous challenge.

I also have a slide that was presented by Dr. Hillary Graham. She is a very well-known British researcher who has been working on inequalities for a long time and who is increasing the agreement among researchers in emphasizing that we must now focus on the determinants of determinants, that is to say go upstream from what we call the determinants of health to understand the basis of the creation of inequalities among us. We need research that enables us to grasp the complexity of the situation, and, to do that, we need research that involves many types of expertise, that is to say multidisciplinary research, particularly in the social science research field, to enable us to understand how social conditions and social organization act on inequalities and population health.

We also need to do research on intervention and living environments, action research so that, from the outset, we can start putting in place ways of working to reduce inequalities and prevent them from recurring.

Here I have a brief text that summarizes our research work. In the Quebec City region, we conducted a study on three areas in the region. We found life expectancy differences within those areas. We saw differences of up to 10 years between environments within downtown Quebec City, for example, which is very big. That gives you an idea of the need to go much further in order to understand how this type of situation is possible and how we can act.

We need research that makes room for complexity and involves many types of expertise. It is important, and this is somewhat the message I am giving you today, to start seeking a change in culture at the agencies that fund our research. The agencies that

chronicité de la situation est telle qu'elle se perpétue dans certains groupes sociaux de génération en génération; les enfants nés dans la pauvreté mettent au monde des enfants dans la pauvreté également. Nous avons besoin de comprendre le fonctionnement du phénomène afin de pouvoir agir et réduire ces inégalités.

Nos besoins dépassent les besoins de description. C'est un élément sur lequel j'insisterai beaucoup. Il faut aller beaucoup plus loin que de décrire les inégalités. Nous devons comprendre et commencer à agir en expérimentant, notamment, des façons de faire qui doivent être évaluées. Quand on parle de façon de faire, cela inclut des politiques publiques et leur impact afin de les ajuster.

Je propose, dans le document qui vous a été transmis, un modèle théorique sur les déterminants de la santé qui nous vient de l'Angleterre. C'est probablement le modèle le plus utilisé actuellement. Ce modèle démontre bien comment les politiques publiques transitent à travers différentes conditions pour rejoindre la santé des individus. Dans ce modèle théorique, on insiste sur l'ensemble des conditions qui agissent sur la santé des individus. Pour comprendre comment l'inégalité se construit entre les personnes, il importe de tenir compte de cet ensemble de déterminants. C'est un défi absolument énorme.

Je propose également une diapositive, qui a été présentée par docteure Hillary Graham. C'est une chercheuse britannique très connue qui travaille sur les inégalités depuis longtemps et qui se joint de plus en plus à des chercheurs pour insister sur le fait que nous devons maintenant nous attarder au déterminant des déterminants, c'est-à-dire d'aller en amont de ce que nous appelons les déterminants de la santé pour comprendre les fondements de la construction des inégalités entre nous. Nous avons besoin de recherches qui nous permettent de saisir la complexité de la situation et, pour ce faire, nous avons besoin de recherches qui font appel à de multiples expertises, donc des recherches de type multidisciplinaire, notamment dans le domaine de la santé de recherches en sciences sociales pour nous permettre de comprendre comment les conditions sociales et l'organisation sociale agissent sur les inégalités et la santé des populations.

Nous avons aussi besoin de faire de la recherche auprès des milieux d'intervention et des milieux de vie, de la recherche de type action pour d'emblée commencer à mettre en place des façons de travailler afin de réduire les inégalités et éviter qu'elles ne se reproduisent.

J'ai ici un court texte qui résume nos travaux. Dans la région de Québec, nous avons mené une recherche sur trois territoires de la région. Nous avons trouvé à l'intérieur même des territoires des différences au plan de l'espérance de vie. Nous avons vu des différences allant jusqu'à dix ans entre différents milieux au sein du centre-ville de Québec, par exemple, qui n'est très grand. Cela vous donne une idée de la nécessité d'aller beaucoup plus loin pour comprendre comment ce type de situation est possible et comment on peut agir.

Nous avons besoin de recherches qui feraient place à la complexité et qui feraient appel à de multiples expertises. Il est important, et c'est un peu l'appel que je fais auprès de vous aujourd'hui, de commencer à demander un changement de culture

fund our research want quick results. The agencies that fund our research do not seem to understand that basic social research is as important and requires as much time as basic biomedical research. The criteria are not the same. Social research is the poor cousin, and yet we know that it has become truly necessary to understand what is going on in an opulent society such as ours when we observe utterly unjustifiable inequalities. Furthermore, in the community organizations, they try to obtain results using a linear causality, whereas, when you work on social realities, the causality is not necessarily linear.

Last, the current trend is toward strategic programs, that is to say that research topics are suggested to researchers. This is increasingly the case, as a result of which intellectual innovation, ideas and intuitions that researchers may have are now virtually never funded.

The slides I have presented to you contain some passages from a study by a group that, for a number of years, has been requesting that Canada establish a longitudinal survey using household panels. A number of countries are doing this and the type of data that this kind of survey produces can really be very useful, first in monitoring population health, and second in gaining a clearer understanding of the complexity and all the elements that go into creating the social inequalities of health.

In closing, I would say to you that it is important for us to recognize that social inequalities are a priority for population health, that we need research that affords a better understanding of how inequalities are created and how they recur. We need evaluative research that will support social experimentation to reduce inequalities and, ultimately, infrastructures that will enable us to produce data, what is called complex data corresponding to human and social reality.

[*English*]

Shanthi Johnson, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, University of Regina: I am delighted and honoured to be representing the Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit. The 10-member team of dedicated researchers focuses on community-engaged and policy-relevant research in understanding health disparities. The three main areas that we focus on are Aboriginal and northern health, healthy children and rural health. I have been privileged to work with this unit over the last year, when I moved to Saskatchewan in January 2007 from Nova Scotia.

dans les organismes qui subventionnent nos recherches. Les organismes qui subventionnent nos recherches veulent des résultats rapidement. Les organismes qui subventionnent nos recherches ne semblent pas comprendre que la recherche fondamentale au plan social est aussi importante et demande autant de temps que la recherche fondamentale au plan biomédical. Les critères ne sont pas les mêmes. La recherche sociale est le parent pauvre, pourtant nous savons qu'il est devenu vraiment nécessaire de comprendre ce qui se passe dans une société d'opulence telle que la nôtre quand on observe des inégalités tout à fait injustifiables. De plus, dans les organismes communautaires, on cherche souvent à obtenir des résultats avec une causalité linéaire alors que lorsqu'on travaille sur des réalités sociales, la causalité n'est pas nécessairement linéaire.

Enfin, la tendance à l'heure actuelle va vers les programmes stratégiques, c'est-à-dire que l'on suggère des objets de recherche aux chercheurs. Cela prend de plus en plus de place, de sorte que l'innovation intellectuelle, les idées et les intuitions que peuvent avoir les chercheurs ne sont à peu près plus jamais subventionnées.

Dans les diapositives que je vous ai présentées, il y a quelques extraits de travaux d'un groupe qui demande depuis plusieurs années que le Canada se dote d'une enquête longitudinale à l'aide de panels de ménages. Plusieurs pays le font et le type de données que ce genre d'enquête permet d'obtenir peut vraiment être très utile, d'une part pour suivre la santé de la population et, d'autre part, pour mieux saisir la complexité et tous les éléments qui entrent dans la construction des inégalités sociales relatives à la santé.

Pour terminer, je vous dirais qu'il est important pour nous de reconnaître que les inégalités sociales sont une priorité en santé des populations, qu'on a besoin de recherches qui permettent de mieux comprendre comment se construisent les inégalités et comment elles se reproduisent. Nous avons besoin de recherches évaluatives qui vont soutenir des expérimentations de type social pour réduire les inégalités et, enfin, d'infrastructures qui nous permettent de produire des données, ce qu'on appelle des données complexes qui correspondent à la réalité humaine et à la réalité sociale.

[*Traduction*]

Shanthi Johnson, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, Université de Regina : J'ai le plaisir et l'honneur de représenter la Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit (SPHERU) (le service de recherche et d'évaluation sur la santé de la population de la Saskatchewan). Les dix membres dévoués de l'équipe consacrent leur recherche aux préoccupations communautaires et à l'examen des politiques pertinentes dans le but de mieux comprendre les disparités en matière de santé. Notre programme de recherche porte sur trois thèmes principaux : la santé des Autochtones et des habitants du Nord, la santé des enfants et la santé en milieu rural. J'ai eu le privilège de travailler avec cette équipe au cours de l'année écoulée, lorsque j'ai quitté la Nouvelle-Écosse pour venir m'installer en Saskatchewan en janvier 2007.

My comments today will reflect on my experiences not only in Saskatchewan but also in Nova Scotia and Ontario prior to that, which was my first home in Canada when I came to pursue my graduate doctoral studies in health.

I want to make five specific comments. The written submission that I made was quite lengthy, so I had to cut down quite a bit. I hope I did not throw out the baby with the bathwater when I was doing that.

The five points I want to make are, first, the need for building capacity through education and training opportunities. SPHERU has been a leader in providing opportunities for postgraduate students through thesis work, mentoring, partnerships, and most recently through a CIHR-funded program called the Community and Population Health Research Training Program, CPHR. Through this program, we have trained about 26 PhD students, master's students and post-doctoral fellows within the last five years. This is a huge accomplishment for a smaller province and also in a specific, focused area of population health. We have students from various disciplines — geography, history, kinesiology and arts — so it is a truly multidisciplinary program.

While these programs provide opportunities for current graduates, we need education and training opportunities to build capacity for those already in the workforce. We need training opportunities such as workshops, online educational modules and so on for people in the health sector and people in other sectors that are important for population health.

There have been quite a few interesting models. In the work that I did in Nova Scotia, Annapolis Valley Health was a leader, offering education sessions for their employees in the health sector and in the community health board, which is the grassroots organization of community volunteers and at the senior level management as well. Through that, there was quite a bit of incorporation of population health into the health planning process.

The second point is the need for a national population health framework. Given the extent and significance of health disparity that we have seen throughout Canada, I think broader scope focus is needed to begin to address this. A national framework will be very important to set the stage and to lead the way, to provide direction and inspiration, to work with the provinces to further this agenda. This framework will have to have short- and long-term goals, of course, objectives and targets, plus adequate funding to resource the strategies that are developed.

Mes observations aujourd'hui sont fondées sur l'expérience que j'ai acquise non seulement en Saskatchewan mais aussi en Nouvelle-Écosse et auparavant, en Ontario, la première province où j'ai vécu lorsque je suis venue au Canada poursuivre mes études de doctorat dans le domaine de la santé.

Je voudrais faire cinq observations précises. Le mémoire écrit que j'avais préparé était fort long, et j'ai donc été contrainte de le réduire sensiblement. J'espère que je n'ai pas jeté le bébé avec l'eau du bain lorsque j'ai fait cela.

Je souhaiterais aborder les cinq points suivants : premièrement, la nécessité de renforcer les capacités en fournissant des possibilités d'apprentissage et de formation. Depuis sa création, la SPHERU s'est affirmée comme un leader grâce aux possibilités offertes aux étudiants postdoctoraux sur la forme d'une aide à la préparation de thèses, de mentorats, de partenariats, et plus récemment, du programme financé par les IRSC appelé le Programme de formation en recherche sur la santé de la population et la santé communautaire (RSPSC). Ce programme nous a permis de former quelque 26 étudiants en doctorat, étudiants en maîtrise et agrégés postdoctoraux au cours des cinq dernières années. C'est un résultat remarquable pour notre petite province, d'autant qu'il s'agit d'un domaine très circonscrit de la santé de la population. Nous avons des étudiants de disciplines diverses — géographie, histoire, kinésiologie, arts et lettres — il s'agit donc vraiment d'un programme multidisciplinaire.

Bien que ces programmes offrent des débouchés aux diplômés actuels, nous avons aussi besoin de pouvoir offrir des possibilités en matière d'éducation et de formation aux personnes qui appartiennent déjà à la population active afin de développer leurs capacités. Nous avons besoin de disposer de possibilités de formation telles que des ateliers, des modules d'enseignement en ligne, et cetera, à l'intention des personnes travaillant dans le secteur de la santé et des membres d'autres secteurs importants pour la santé de la population.

Les modèles intéressants ne manquent pas. Lorsque je travaillais en Nouvelle-Écosse, l'organisme Annapolis Valley Health était un leader; il offrait des séances de formation à l'intention des employés des services de santé et au comité de santé communautaire, qui est l'organisation populaire de bénévoles ainsi qu'aux cadres supérieurs. Cela a beaucoup facilité l'intégration de la santé de la population au processus de planification des services de santé.

Ma seconde observation concerne la nécessité d'établir un cadre national de promotion de la santé de la population. Compte tenu de l'ampleur des disparités constatées sur le plan de la santé dans l'ensemble du Canada, il y aurait lieu, pour commencer, d'élargir le champ d'investigation. Il sera très important, au départ, d'établir un cadre national qui fournira les orientations et l'inspiration nécessaires pour travailler avec les provinces à la promotion de ce programme. Il faudrait, bien entendu, que ce cadre comporte des buts à court et à long terme, des objectifs et des cibles, et qu'il dispose de fonds suffisants pour soutenir les stratégies élaborées.

The third point is the coordinated integrated health information infrastructure. We are really blessed to have extensive databases in Canada. We have the Canadian Community Health Survey and several other population surveys. However, it can take a bit of improvement. We do not have as much longitudinal data. The longitudinal family dynamic survey that was mentioned by Ms. De Koninck is important, and I know the Canadian longitudinal study of aging is being developed. Those are important surveys that are needed.

We also need community-level information. Many of these national surveys only provide regional-level information. When you look at one region, such as the Regina health region, it is so diverse. You have Regina, which is a major centre, but you have communities that are very small. How do you identify health needs when it is all put in one pot? We need a breakdown.

We need further work on indicators. We traditionally use indicators such as life expectancy, mortality and morbidity, but what are important indicators for local communities? SPHERU has worked with several Aboriginal northern communities to come up with culturally relevant indicators that are important to the communities. These kinds of indicators should be incorporated into national and provincial surveys.

I want to also make a point about the evaluation and evidence. As population health researchers, we cannot emphasize enough the importance of evaluation in any strategy or framework development. I have to commend you on the work you have done on the scoping paper looking at population health policy. I notice that on pages 7, 17, and 28, there is discussion about development and implementation of policy or framework, but there is no mention of evaluation as part of it. I want to encourage the committee to consider thinking about and putting in an evaluation framework as part of the process.

As the earlier speaker mentioned, we need further research into understanding the complex interaction of various determinants of health. CIHR, through its Institute of Population and Public Health, has been providing funding, but the success rate in the CIHR competition is very small, given the funding limitation. That means that many of the really interesting and important research questions go unanswered for lack of financing and funding. We need to encourage targeted and enhanced funding opportunities to promote innovative research that is meaningful to the communities.

On the point of prioritizing, the scoping document beautifully lays out seven areas of disparities, with the possible recommendation of action in two — Aboriginal health and child health. This is a very limited scope, because we know

Ma troisième observation concerne la mise en place d'une infrastructure communautaire intégrée d'information sur la santé. Nous avons la chance de disposer d'excellentes sources de données au Canada. Nous avons l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et plusieurs autres enquêtes sur la population. Quelques améliorations seraient cependant les bienvenues. Nous n'avons pas autant de données longitudinales. L'enquête longitudinale sur la dynamique familiale, mentionnée par Mme De Koninck, est importante, et je sais que l'étude longitudinale canadienne sur le vieillissement est en cours. Ces importantes enquêtes sont absolument indispensables.

Nous avons aussi besoin d'information au niveau communautaire. Bon nombre de ces enquêtes nationales n'en fournissent qu'au niveau régional. Lorsque vous considérez une région telle que la région sanitaire de Regina, vous vous apercevez qu'elle présente une grande diversité. Il y a Regina, qui est un centre important, mais il y a aussi de toutes petites collectivités. Comment identifier les besoins en matière de santé lorsque tout cela est fourré dans le même sac? Nous avons besoin d'une ventilation des données.

Il faut aussi poursuivre les études sur les indicateurs. Nous utilisons traditionnellement des indicateurs comme l'espérance de vie, la mortalité, la morbidité, mais quels sont les indicateurs importants pour les collectivités rurales? La SPHERU a travaillé avec plusieurs collectivités autochtones du Nord afin de définir des indicateurs adaptés culturellement à ces collectivités. Il y aurait lieu d'intégrer ce genre d'indicateurs aux enquêtes nationales et provinciales.

Je souhaiterais également faire une remarque au sujet de l'évaluation et de la présentation de preuves probantes. Les chercheurs dans le domaine de la santé de la population que nous sommes, ne sauraient donner trop d'importance à l'évaluation dans toute stratégie ou élaboration de cadres. Je tiens à vous féliciter pour le travail que vous avez effectué sur le document d'orientation concernant l'examen de la politique sur la santé de la population. Je note que les pages 7, 17 et 28 contiennent un examen de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une politique ou d'un cadre, mais aucune mention n'est faite d'une évaluation. J'encourage le comité à réfléchir à un cadre d'évaluation et à l'intégrer au processus.

Comme le témoin précédent l'a dit, d'autres recherches s'imposent pour comprendre l'interaction complexe des divers déterminants de la santé. Les IRSC, par le biais de leur Institut canadien d'information sur la santé, ont fourni des subventions, mais le taux de succès aux concours des IRSC est très faible, compte tenu de l'importance limitée des fonds. Cela signifie que plusieurs excellentes, intéressantes et importantes questions de recherche demeurent sans réponse, faute de ressources. Il faut continuer à encourager une augmentation des fonds ciblés afin de promouvoir des recherches novatrices qui correspondent aux besoins des collectivités.

En ce qui concerne l'établissement des priorités, le document d'orientation indique très clairement sept domaines où il existe des disparités, et recommande une intervention éventuelle dans deux d'entre eux — la santé des Autochtones et la santé des

disparity affects us all throughout our lifespan and we really need to have a multi-sectoral and life-course perspective in addressing disparities; otherwise we will not make a big dent in the huge disparity we see in Canada.

In my written submission, I provide an example from a nutritionist. I am a dietician by training. Are we what we eat? The question raises issues about: Is it the knowledge, attitudes and beliefs we have or is it the societal issues that we see in childhood obesity, food insecurity, people not being able to afford foods, the increasing incidence of chronic diseases that start earlier and earlier in life? What are the indicators we are using? Is it just the nutritional intake or is it the food additives we have to worry about, the trans fats and the sodium content of food?

We need educational opportunities. I am quite familiar with many of the nutrition programs in Canada, and they do not offer population health courses. They are still focused on individual behavioural change, on the assumption that if you provide knowledge, the attitudes will change and it will bring about a change in behaviour. Based on research in social determinants of health, we know that is not the case, so we need capacity-building and training opportunities for students and for people in the profession.

With that, I will finish my comments. I am pleased that this committee is looking into this significant and important issue in Canada.

The Chair: Thank you very much. I was happy to hear you confirm our structural framework that we are working with fundamentally, which is a population health platform and then looking at the life cycle in its entirety, built on that platform. You just confirmed the need for that, so thank you.

Marcia Hills, Director, Centre for Community Health Promotion Research, University of Victoria: I would like to begin by saying how pleased I am to have the opportunity to speak to you today. I apologize for being late. I am in Athens, Greece. If any of you have been here, you will understand that the people here have a different concept of time than we have in Canada. I was misinformed about how long it would take me to get here.

I want to commend you on taking up this important work. I was pleased to read your reports and to spend some time reading some of the transcripts of other witnesses.

I will be brief in my comments, because I am hoping that the technology will stay working. I think that the discussion and the question-and-answer period are very important.

enfants. Cela a cependant une portée très limitée, car nous savons bien que les disparités nous affectent tous au cours de notre vie et que nous avons vraiment besoin d'adopter une perspective multisectorielle, portant sur le cours complet de la vie; sans quoi, nous ne parviendrons pas à changer grand-chose aux énormes disparités que nous constatons au Canada.

Dans mon mémoire écrit, je présente un exemple donné par un nutritionniste. Je suis diététicienne de formation. Sommes-nous ce que nous mangeons? C'est une question qui, à son tour, en soulève d'autres : s'agit-il des connaissances, des attitudes et des croyances que nous avons ou s'agit-il des problèmes sociétaux que représentent l'obésité chez les enfants, l'insécurité alimentaire, le fait que les gens n'ont pas les moyens d'acheter de la nourriture, l'incidence croissante des maladies chroniques qui se manifestent de plus en plus tôt dans la vie? Quels indicateurs utilisons-nous? Est-ce simplement de l'apport nutritionnel ou des additifs alimentaires dont nous devons nous inquiéter, des acides trans ou de la teneur en sodium des aliments?

Il faudrait qu'il y ait de nouvelles possibilités sur le plan de l'éducation. Je connais bien un grand nombre des programmes de nutrition au Canada, et ceux-ci n'offrent pas de cours sur la santé de la population. Ils demeurent axés sur le changement comportemental, prennent pour acquis que si vous fournissez les connaissances nécessaires, les attitudes changeront et cela entraînera un changement du comportement. Les recherches effectuées sur les déterminants sociaux de la santé nous ont montré que ce n'est pas du tout le cas; il faut donc renforcer les capacités et offrir des possibilités de formation aux étudiants et aux membres de la profession.

Je m'en tiendrai là. Je me réjouis de voir que votre comité étudie cette question, car elle revêt beaucoup d'importance au Canada.

Le président : Merci beaucoup. J'ai été heureux de vous entendre confirmer la valeur du cadre structurel que nous utilisons, cadre qui est essentiellement fondé sur un programme d'étude de la santé de la population à partir duquel nous procédons à un examen du cycle de vie dans sa totalité. Vous venez d'en confirmer le besoin, je vous en remercie.

Marcia Hills, directrice, Centre de recherche en promotion de la santé communautaire, Université de Victoria : Je tiens, pour commencer, à dire combien je suis heureuse de pouvoir vous parler aujourd'hui. Je vous prie d'excuser mon retard. Je suis à Athènes, en Grèce. Si vous n'êtes jamais venu ici, vous comprendrez que les Grecs ont une conception du temps qui diffère de la nôtre au Canada. On m'avait mal renseignée sur le temps que cela me prendrait pour arriver ici.

Je tiens à vous féliciter d'avoir entrepris cet important travail. J'ai eu plaisir à lire vos rapports ainsi que certaines des transcriptions des déclarations d'autres témoins.

Mes commentaires seront brefs. J'espère que la technologie ne nous trahira pas. La discussion et la période de questions me paraissent très importantes.

I have worked for over 20 years in the area of health promotion and community-based research and evaluation. The core issue of equity in health outcomes has been at the forefront of my own work, but is also foundational in terms of being the heart of health promotion in the originating document of the Ottawa Charter for Health Promotion. This very much guides our work in health promotion.

When I am speaking to you today, although I am a director of the centre at the University of Victoria, I also feel I can represent some of the views of the Canadian Consortium for Health Promotion Research, which is a non-profit organization, as I am the president of that organization.

I will limit my points to three. First, we need more population health research. I want to focus particularly on what we call intervention research and evaluation. I was pleased to hear the speaker before me mention that as well. I want to end by talking about complexity, context and the problem of synthesizing evidence. I will give you a couple of examples of ways that the consortium is working with the Public Health Agency of Canada to address some of these issues.

We need more population health research, but we just do not need more of the same. We have to shift to more social epidemiology. We cannot continue to just collect the evidence about things we already know about. We need more collaboration between traditional health research and social sciences.

We need more funding, again, not just to keep doing what we have been doing, but also so we create more innovation and less redundancy. I think it was Monique Begin who said we are a country of pilot projects, and it is time to invest in more long-term, sustainable research.

We need more data on what we call the complex causal mechanisms that underlie health disparities. I heard this mentioned also — the idea that when you are looking at social determinants, it is not straightforward that B follows A. It is complex. Also, communities are very complex social interactions between many people and organizations. There is a level of complexity there that I will address in a few minutes.

We also need to shift, especially with communities, from our exclusive focus on deficits to focus more on assets. There is wonderful work happening now with the Venice office of the World Health Organization. They are taking up the Commission on the Social Determinants of Health and they are working on this idea of assets rather than deficits. It is the idea that all communities have assets and we should build on their strengths rather than continuing to identify their weaknesses.

J'ai travaillé pendant plus de 20 ans dans les domaines de la promotion de la santé et de la recherche et de l'évaluation communautaires. La question fondamentale de l'équité en matière de santé a été l'avant-plan de mes propres travaux, mais elle est aussi fondamentale en ce sens qu'elle est à l'origine de la promotion de la santé dans l'acte introductif de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. C'est ce qui guide essentiellement notre travail dans le domaine de la promotion de la santé.

Lorsque je vous parle aujourd'hui, bien que je sois directrice du centre à l'Université de Victoria, j'estime également que je peux représenter certaines des vues du Consortium canadien de recherche en promotion de la santé, qui est un organisme sans but lucratif, étant donné que je le préside.

Je m'en tiendrai à trois observations. Premièrement, nous avons besoin d'intensifier la recherche sur la santé de la population. Je veux mettre particulièrement l'accent sur ce que nous appelons la recherche et l'évaluation de l'intervention. Je suis heureuse que le témoin qui m'a précédée l'ait également mentionné. Je voudrais, pour conclure, vous parler de la complexité, du contexte et du problème de la synthèse des données. Je vais vous donner deux ou trois exemples de la manière dont le consortium collabore avec l'Agence de la santé publique du Canada pour régler certaines de ces questions.

Nous avons besoin d'intensifier la recherche sur la santé de la population, à condition qu'elle ne répète pas ce qui a déjà été fait. Il faudrait que nous nous orientions plus vers l'épidémiologie sociale. Nous ne pouvons pas continuer simplement à recueillir les données sur ce que nous connaissons déjà. Nous avons besoin d'une collaboration plus étroite entre la recherche en santé traditionnelle et les sciences sociales.

Nous avons besoin de plus de fonds, encore une fois, pas simplement pour continuer à faire ce que nous avons toujours fait, mais pour encourager l'innovation et éviter la redondance. Je crois que c'est Monique Begin qui a dit que nous étions un pays de projets pilotes; il est donc temps de renforcer le financement durable de la recherche à long terme.

Nous avons besoin de plus de données sur ce que nous appelons les mécanismes de causalité qui sous-tendent les disparités en matière de santé. J'ai également entendu dire que lorsque l'on considère les déterminants sociaux, il n'est pas nécessairement évident que B vient après A. C'est plus complexe. D'ailleurs, les collectivités représentent des interactions sociales très complexes entre de nombreuses personnes et organisations. Il y a là un niveau de complexité dont je parlerai dans quelques minutes.

Il faudrait aussi, en particulier en ce qui concerne les collectivités, cesser de concentrer exclusivement notre attention sur les déficits et mettre plus l'accent sur les actifs. Le bureau de Venise de l'Organisation mondiale de la santé fait actuellement un travail remarquable. Il reprend ce que fait la Commission sur les déterminants sociaux de la santé et s'appuie sur la notion d'actifs plutôt que de déficits, selon laquelle toutes les collectivités ont des actifs et nous devrions en exploiter leurs points forts plutôt que de continuer à identifier leurs points faibles.

We say we need to double our investment over the next five years, and we must shift to more intervention research as a proportion of population health research. I do not know the exact figures. CIHR supports population health research, of course, but it is about 10 per cent when you look at it compared to medical research. Of that, only another 10 per cent is dedicated to intervention research.

Basically, the idea behind intervention research — and if you heard Sir Michael Marmot speak from the commission, or Monique Begin or Stephen Lewis, they are saying the same thing — we have a lot of information and research on health disparities. We know what they are, we know where they exist and we also know what causes them. However, we have very little intervention aimed at reducing or eliminating these disparities. We feel strongly that this is where the focus of our work has to be.

We have to recognize the different nature of population health and health promotion interventions from classical medical interventions; they are very different. These differences demand a different approach to intervention research and evaluation. We absolutely must have citizen engagement and community participation in both the interventions and in the evaluation.

I also heard this alluded to earlier, and I want to make a strong point about it because it is our byline. We say you must link policy practice and research. You may be surprised to hear me say this as a researcher, but researchers cannot dictate either the research question or the research process. We need to be more aware of what the policy needs are if we want to bring about change.

One of the questions that I noticed you were interested in is where should this research funding come from? Again, in light of linking policy, practice and research, we think the funding should come both from independent funding research institutions like CIHR, and from the relevant government departments. I know this is beginning to happen with the Public Health Agency of Canada. They are working with CIHR to start to do some of this intervention research.

I will talk briefly about complexity context and the problem of synthesizing evidence. Population health and health promotion interventions are complex; they are social actions taking place within complex social systems. This means that evaluating the effectiveness of these interventions requires understanding how each intervention interacts with its context to produce certain outcomes. We want to focus on the outcomes, but we want to know what is the context under which intervention works and does not work. We do not know that right now. Therefore, we have a dilemma. How do we analyze individual contexts and

Il faudrait doubler notre investissement au cours des cinq prochaines années et faire une plus large place à l'intervention dans la recherche sur la santé de la population. Je ne connais pas les chiffres exacts. Bien sûr, les IRSC apportent un soutien à la recherche sur la santé de la population, mais cela ne représente que 10 p. 100 environ de l'aide globale à la recherche médicale. Et 10 autres pour cent seulement sont réservés à la recherche sur l'intervention.

Essentiellement, selon l'idée qui sous-tend la recherche sur l'intervention — si vous avez entendu sir Michael Marmot à la Commission, Monique Begin ou encore Stephen Lewis, ils disent tous la même chose — il existe beaucoup de données et de recherches sur les disparités en matière de santé. Nous savons ce qu'elles sont, nous savons où elles existent et nous savons aussi ce qui les cause. Très peu d'interventions sont cependant destinées à réduire ou à éliminer ces disparités. Nous sommes absolument convaincus que c'est là-dessus que nous devrions axer notre travail.

Nous devons reconnaître que la nature des interventions en matière de santé de la population et de promotion de la santé est différente de celles des interventions médicales traditionnelles. Elle est en fait très différente. Compte tenu de ces différences, une nouvelle approche en matière de recherche et d'évaluation de l'intervention s'impose. Il est absolument indispensable que nous puissions compter sur la participation des citoyens et des collectivités aussi bien aux interventions qu'à l'évaluation.

J'ai aussi entendu plus tôt une allusion faite à ce sujet, et je tiens à insister sur ce point car c'est ce qui nous définit. Vous dites que vous devez établir un lien entre la pratique des politiques et la recherche. Cela vous surprendra peut-être de m'entendre dire ceci, moi qui suis une chercheuse, mais les chercheurs ne peuvent ni dicter le sujet de la recherche ni son processus. Il faudrait donc mieux connaître les besoins en matière de politique si nous voulons instaurer des changements.

J'ai remarqué qu'une des questions qui vous intéressaient était celle de savoir d'où devraient venir les fonds pour la recherche. Encore une fois, lorsqu'il s'agit de lier la politique, la pratique et la recherche, nous estimons que le financement devrait être assuré par des institutions indépendantes de financement de la recherche, telles que les IRSC et les ministères fédéraux appropriés. Je sais que c'est ce qui commence à se faire avec l'Agence de la santé publique du Canada. Elle travaille de concert avec les IRSC pour entreprendre une partie de cette recherche sur l'intervention.

Je parlerai brièvement du contexte de la complexité et du problème de la synthèse des données. Les interventions dans le domaine de la santé de la population et de la promotion de la santé sont complexes; ce sont des actions sociales qui ont lieu au sein de systèmes sociaux complexes. Cela signifie que pour évaluer l'efficacité de ces interventions, il faut comprendre comment chaque intervention interagit dans son contexte afin de produire des résultats particuliers. Nous voulons mettre l'accent sur les résultats, mais nous voulons aussi connaître le contexte dans lequel l'intervention fonctionne ou ne fonctionne pas. C'est ce que

synthesize across diverse contexts in order to arrive at conclusions — in other words, in order to know the effectiveness of specific interventions?

Traditional models of synthesizing evidence have not been able to solve this dilemma or they have simply ignored it. In most ways of synthesizing evidence right now, they use the random controlled trial as the gold standard. This is completely inappropriate for trying to do anything with community interventions. It simply does not work. What happens as a result is lots of excellent best practices are ignored or do not make it into the literature because they do not meet the criteria of having control groups. Moving forward requires more investment and innovative approaches to synthesizing evidence on the effectiveness of these interventions.

I want to give two examples of one of the things we are trying to do right now, because I think there is some hope in this. The Public Health Agency of Canada has been working with the Canadian Consortium for Health Promotion Research for the last four years to develop a framework so that we can look at federally funded community initiatives. We should be able to look across these programs. I am referring to pan-Canadian programs — things such as the HIV/AIDS strategy, the nutrition strategy, diabetes and the parenting programs.

We have been looking at these programs and looking at the evidence of their effectiveness in promoting health. We are trying to test the idea of looking at complex mechanisms and contexts and linking them to population health outcomes. Previous research provided a logical framework that presents a results chain, looking from short- to medium- to long-term outcomes. This work also exemplifies the point I was making earlier about the model of collaborative research between researchers, policy-makers and practitioners.

The other program that we are working on now is the healthy living strategy. This is an excellent example of the work that we should be doing. These are the interventions that we should be looking at. The difficulty lies in evaluating them and asking the right questions in the evaluation so that you can roll up the evidence across the programs. I think this is very difficult. I commend the Public Health Agency of Canada and CIHR for introducing this kind of work, but we need more of it.

Richard Prial, Director, Strategic Alignment Branch, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care: Thank you very much for this opportunity to contribute to this committee's deliberations on a topic that some of us in Ontario have come to appreciate is a matter of pressing urgency and certainly one of great social importance.

nous ignorons actuellement. Il y a donc un dilemme. Comment analyser les contextes individuels et synthétiser les divers contextes pour parvenir à des conclusions — autrement dit, pour connaître l'efficacité d'interventions spécifiques?

Les modèles traditionnels de synthèse des données n'ont pas permis de résoudre ce dilemme ou l'ont simplement ignoré. Dans la plupart des modèles actuels de synthèse, on emploie l'essai aléatoire, mais contrôlé, comme norme d'excellence. Cela ne convient pas du tout dans le cas des interventions communautaires. Cela ne marche tout simplement pas. Cela a pour résultat qu'une foule de pratiques exemplaires sont totalement ignorées ou ne sont pas publiées parce qu'elles ne répondent pas aux critères rigoureux des groupes de contrôle. Pour aller de l'avant, nous devons accroître le financement et le recours à s méthodes novatrices de synthèse des données sur l'efficacité des interventions.

Je voudrais vous donner deux exemples d'une des choses que nous essayons de faire en ce moment même, car je pense qu'elle offre des perspectives encourageantes. L'Agence de la santé publique du Canada travaille avec le Consortium canadien de recherche en promotion de la santé depuis quatre ans à l'élaboration d'un cadre qui nous permettrait d'envisager des initiatives communautaires financées par les sources fédérales. Nous devrions pouvoir examiner tous ces programmes. Je parle là de programmes pancanadiens — tels que la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, la stratégie nutritionnelle, le diabète et les programmes de compétences parentales.

Nous avons examiné ces programmes ainsi que les preuves de leur efficacité pour la promotion de la santé. Nous essayons de mettre à l'essai l'examen des mécanismes et des contextes complexes et de les relier aux résultats sur le plan de la santé de la population. Les recherches antérieures fournissaient un cadre logique qui comporte une « chaîne de résultats », depuis des résultats à court terme jusqu'aux résultats à moyen et long termes. Ce travail offre aussi un exemple de ce que je disais plus tôt au sujet du modèle de recherche en collaboration qui associe les chercheurs, les décisionnaires et les praticiens.

Nous travaillons actuellement sur un autre programme, la stratégie en matière de modes de vie sains. C'est un excellent exemple du travail que nous devrions faire. Voilà les interventions que nous devrions examiner. La difficulté tient à leur évaluation et à la nécessité de poser les questions appropriées au cours de cette évaluation, de manière à pouvoir regrouper les données de tous les programmes. Je crois que c'est très difficile à faire. Je félicite l'Agence de la santé publique du Canada et les IRSC d'avoir entrepris ce genre de travail, mais il en faudrait plus.

Richard Prial, directeur, Direction de l'harmonisation stratégique, ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario : Je vous remercie vivement de m'offrir cette occasion de contribuer aux délibérations du comité sur un sujet que certains d'entre nous en Ontario en sont venus à considérer comme une question extrêmement urgente et certainement, d'une grande importance sur le plan social.

I am back in Ontario. I indicated earlier that I was ill recently and just managed to read some of the work of this committee. Having had my head deep in the sands of trying to move this issue in Ontario, I am both excited and encouraged. It is critical that this is happening at the national level.

Perhaps it is not a bad idea to give you a sense of my background and what I can bring to bear on today's discussions. First, I am not an academic like the others, but I strongly endorse virtually everything I have heard this morning. As a public servant with 20 years experience, I bring a different perspective. I have been working in the bureaucracy in Ontario for most of my career as a "horizontalist specialist," if you will. If I have any expertise to bring to bear today, that is probably where it is. I have come to be known as a director of impossible missions in Ontario; health equity happens to be the latest of them. Prior to that, I was director of results in our cabinet office as the McGuinty government sought to come to terms with some of its broad results in the health care, education and economic arenas. I have the gospel about the horizontal aspects. I also know by dint of hard experience and by the many bruises on my back, and elsewhere, which make clear the challenges associated with working horizontally.

I provided a brief slide deck overview to the committee. I focused on what we have tried to do in the area of health equity over the past year or so and what we plan to do over the next few months. I should note that I do not use the terms "population health" or "social determinants of health" — not only because the latter is difficult but also because the approach we have taken has been very much influenced by the European secondary literature and we have focused on health equity.

Health equity, or inequity in health, is recognized as an important issue across the health sector in Ontario. Recently, it has become part of the government's strategy for the health care system. It is a strategy that we have been seeking to ground in research over the past while. As it became a strategic priority for the province, the then cabinet secretary of Ontario sought to launch several initiatives to build up the policy capacity in Ontario. That is an issue at the federal government level as well. We proposed health equity as a focus for developing policy capacity.

Preliminary research allowed us to draw a couple of interrelated conclusions. First, our researchers quickly revealed that this is less an issue of health policy or narrowly understood health care than it is a matter of broader social policy, so we knew

Je suis de retour en Ontario. J'ai dit plus tôt que j'avais été malade récemment et je n'ai donc pu lire qu'une partie des documents relatifs au travail de votre comité. Moi qui ai longtemps lutté pour essayer de faire avancer cette question en Ontario, je suis à la fois touché et encouragé par ce que vous faites. Il est absolument indispensable que cela se produise au niveau national.

Il serait peut-être bon de vous donner quelques détails sur mes antécédents et de vous dire ce que je peux apporter aux discussions d'aujourd'hui. Premièrement, je ne suis pas un universitaire comme les autres témoins, mais j'appuie vigoureusement pratiquement tout ce que j'ai entendu ce matin. En tant que fonctionnaire avec 20 années d'expérience, j'apporte une perspective différente. J'ai passé la plus grande partie de ma carrière dans la bureaucratie ontarienne comme « spécialiste de l'horizontalité », si je puis m'exprimer ainsi. Si j'ai une expertise qui pourrait être utile aujourd'hui, c'est probablement dans ce domaine. Je me suis fait une réputation de directeur des missions impossibles en Ontario; il se trouve que l'équité en matière de santé est la dernière de celle-ci. Auparavant, j'étais directeur des résultats au bureau de notre cabinet lorsque le gouvernement McGuinty s'efforçait de s'adapter à certains de ces grands résultats dans le domaine des soins de santé, de l'éducation et de l'économie. Je détiens l'évangile pour tout ce qui touche à l'horizontalité. J'ai aussi appris à mes dépens et grâce aux nombreux coups reçus qui meurtrissent mon dos et d'autres parties de mon anatomie, et qui montrent clairement les difficultés liées au travail horizontal.

J'ai fourni un petit jeu d'acétates qui offrent une idée d'ensemble au comité. J'ai mis l'accent sur ce que nous avons essayé de faire dans le domaine de l'équité en matière de santé au cours des quelque 12 derniers mois et sur ce que nous avons l'intention de faire dans les prochains mois. Je dois vous faire observer que je n'utilise pas les termes « santé de la population » ou « déterminants sociaux de la santé » — non seulement parce que le second est difficile, mais parce que l'approche que nous avons adoptée a été fortement influencée par la littérature secondaire européenne et que nous avons concentré notre attention sur l'équité en matière de santé.

L'équité, ou l'iniquité en matière de santé, est reconnue comme une question importante dans l'ensemble du secteur de la santé en Ontario. C'est récemment devenu un élément de la stratégie du gouvernement pour le système de soins de santé. C'est une stratégie que nous nous sommes efforcés de fonder sur des recherches depuis quelque temps. Comme elle est devenue une priorité stratégique pour la province, le secrétaire du cabinet ontarien de l'époque a essayé de lancer plusieurs initiatives destinées à renforcer l'élaboration de politiques en Ontario. Mais c'est un problème qui se pose également au niveau fédéral. Nous avons proposé de faire de l'équité en matière de santé l'un des principaux objectifs en ce qui concerne le renforcement de la capacité à élaborer des politiques.

Les recherches préliminaires nous ont permis de tirer quelques conclusions connexes. En premier lieu, nos chercheurs n'ont pas tardé à montrer qu'il s'agit moins d'une question de politique de santé ou de soins de santé au sens étroit du terme que d'une

that we had to engage our ministries. Second, we realized that this is not really an issue of access to health care as such — although that is a significant issue — but, rather, an issue of health and well-being. That is a matter not exclusively within the purview of the Ministry of Health or any other ministry but, in a fundamental way, a broader outcome served by all governments.

The research project's objectives were to put in place a foundation for working horizontally and to provide a set of practical tools — that is, because we are very practical people as bureaucrats — for ministries based on evidence of what works. We are here very much influenced by the policy agenda of the Blair government between 1997 and 2003, when most of the progress on health equity was made.

We duly established the usual interdepartmental apparatus; that is, an ADMs committee that oversaw the work executed under the direction of a group of directors from the 10 concerned ministries. We have all the ministries. We have the Ministry of Finance because the funder is a critical component. All report into a committee of deputy ministers who are responsible for social policy. It was my job to drive this process and to ensure the delivery of a number of products.

We also recruited an expert panel. One thing that is characteristic of my experience of public policy-making is that we have a very disparate community of policy advice. There are think-tanks, academic institutions and then government. We knew that if we were to get the evidence that we needed, we would have to bring all three together. That is our public policy capacity, and not just here in government. Given that we are dealing with a wicked problem, namely, health equity, there is no way that any ministry or any government will have all that capacity inside to address these difficult issues to which Professor Hills, for example, referred. That is, the whole question of complexity; the subtleties associated with causation; and the difficulty of attribution, which is one of the major problems that confronts all those who seek to put in place a regime of metrics.

The key deliverables of our research initiative were a review of strategic lessons learned from other jurisdictions; a framework to guide policy development; a kit of policy levers and tools for ministries based on evidence of what works; and a framework for setting objectives and measuring success. We made progress on all fronts and continue to work towards our wrap-up report this fall. I have provided a summary of research to date before this panel. I am providing it in advance of having provided it to many assistant deputies in Ontario but I think it will not change much.

question de politique sociale plus géniale; nous avons donc compris qu'il fallait engager la participation de nos ministères. Deuxièmement, nous avons compris qu'il ne s'agit pas vraiment d'une question d'accès aux soins de santé en tant que tels — bien que ce soit important — mais plutôt d'une question de santé et de bien-être. Cela n'est donc pas exclusivement du ressort du ministère de la Santé ou de tout autre ministère, mais fondamentalement, il s'agit du résultat général recherché par tous les gouvernements.

Les objectifs du projet de recherche étaient d'offrir aux ministères une assise permettant un travail horizontal et de fournir un ensemble d'outils pratiques aux ministères — parce que les bureaucrates que nous sommes sont des gens très pratiques — en se fondant sur les preuves de ce qui fonctionne bien. Dans ce domaine, nous sommes très influencés par le programme politique du gouvernement Blair entre 1997 et 2003, époque où a été réalisé l'essentiel des progrès dans le domaine de l'équité en matière de santé.

Nous avons dûment établi le mécanisme interministériel habituel; c'est-à-dire, un comité de SMA qui supervisait le travail effectué sous la direction d'un groupe de directeurs des dix ministères concernés. Nous avons tous les ministères. Nous avons le ministère des Finances car le bailleur de fonds et une composante critique. Tous rendent compte à un comité de sous-ministres qui sont responsables de la politique sociale. Mon travail consistait à faire avancer le processus et à assurer la livraison d'un certain nombre de produits.

Nous avons également recruté un groupe d'experts. Un élément caractéristique de mon expérience de l'élaboration de politique publique est le fait que nous avons un groupe très disparate de formulation de conseils en matière de politique. Il y a des groupes de réflexion, des établissements universitaires, et le gouvernement. Nous savions que pour obtenir les données probantes dont nous avons besoin, il fallait nous réunir. Voilà ce qui représente notre capacité en matière de politique publique, et pas simplement ici au gouvernement. Étant donné que nous avons affaire au redoutable problème que représente l'équité en matière de santé, aucun ministère ou gouvernement ne dispose des ressources internes suffisantes pour s'attaquer aux difficiles problèmes auxquels le professeur Hills, par exemple, a fait allusion, c'est-à-dire, toute la question de la complexité; les subtilités liées à la causation; et la difficulté d'attribution, qui est un des plus gros problèmes auxquels sont confrontés tous ceux qui ont un système de mesures.

Les produits livrables de notre initiative de recherche étaient les suivants : un examen des leçons stratégiques tirées par d'autres administrations; un cadre pour l'élaboration de politique; une trousse de leviers stratégiques et d'outils pour les ministères constituée en fonction des preuves de ce qui fonctionne; un cadre pour l'établissement d'objectifs et la mesure du succès. Nous avons réalisé des progrès sur les trois plans et nous continuons à préparer notre compte rendu pour cet automne. J'ai soumis à ce groupe un résumé des recherches effectuées jusqu'à présent. Je le fais avant de les communiquer à de nombreux sous-ministres en Ontario mais je crois que cela ne changera pas grand-chose.

Although our public service colleagues were familiar with the notion of social determinants of health — and, I mean here talking across ministries — they were much less familiar with the notion of health equity and all that imports. Moreover, we discovered that at least some colleagues felt that this was just about health and asked: What has that to do with our business? Thus, there was an education job to do. That should not be underestimated.

In our first research report, we reported on lessons to be learned at the strategic level from the European nations that had made the most progress on this issue. I know this committee has been examining the same countries as well; it is the usual gang of suspects from Scandinavia and the U.K. Some of these lessons are summarized on page 5, but you have done formidable work in that area already.

Our second report proposed a goal of reducing disparities, essentially a modification of the goals proposed by the World Health Organization and the European Union, with policy action focused on levelling up the gradient. In response to the reasonable argument, from elsewhere in the Ontario public service, that this was all about health, we responded in two ways. First, relying on the work of Amartya Sen and the World Health Organization, we pointed out that health is a sensitive indicator of societal conditions. That is, health provides an entry point for policy. However, it is not the only one, because we can demonstrate gradients in other fields as well. Education is a good example of that. Since health is the entry point, the focus should be on social and economic policy domains, not exclusively on health policy domains.

Second, we subtly shifted the goal from achieving greater equity in health to achieving greater equity in health and being-well. The big lesson for us is that it is about health, not health care, and we are all responsible for enabling better health as a fundamental capability. This has very important implications for how government structures policy-making and policy execution.

Our research has generated lessons about horizontal policy-making. We in the public service talk about horizontality a great deal, but it is hard to do, and there are very few examples worldwide where it has been successful. The one in Ontario that we point to is the smart growth initiative, and there are some lessons to be learned from that. We do have a couple of home-grown examples; there is at least one in Ontario, and I am aware of others in Canada.

Bien que la notion de déterminants sociaux de la santé soit bien connue de nos collègues de la fonction publique — je veux dire par là, dans tous les ministères — ceux-ci étaient beaucoup moins au courant de la notion d'équité en matière de santé et de tout ce que cela représente. En outre, nous avons découvert qu'au moins certains de nos collègues pensaient qu'il s'agissait uniquement de la santé et demandaient : Quel est le rapport avec ce que nous faisons? Il y avait donc un travail d'éducation à faire. Il ne faudrait pas le sous-estimer.

Dans notre premier rapport de recherche, nous avons fait état de leçons à tirer, au niveau stratégique, de l'expérience des nations européennes qui ont réalisé le plus de progrès dans ce domaine. Je sais que le comité a également étudié ce que font ces pays. Comme prévu, il s'agit du Royaume-Uni et des pays scandinaves. Certaines de ces leçons sont résumées à la page 5, mais vous avez déjà effectué un énorme travail dans ce domaine.

Notre second rapport proposait un objectif de réduction des disparités, essentiellement une modification des objectifs proposés par l'Organisation mondiale de la santé et l'Union européenne, en prenant des mesures stratégiques axées sur le nivellement du gradient. En réponse à l'argument justifié émanant d'une autre source de la fonction publique ontarienne, selon lequel il s'agissait uniquement du domaine de la santé, nous avons répondu de deux façons. Premièrement, en nous appuyant sur le travail d'Amartya Sen et de l'Organisation mondiale de la santé, nous avons fait observer que la santé est un indicateur sensible des conditions sociétales. C'est-à-dire que la santé fournit un point d'entrée stratégique. L'équité en matière de santé est le point de départ pour la politique. Ce n'est cependant pas le seul, car nous pouvons démontrer l'existence de gradients dans d'autres domaines. Celui de l'éducation en est un bon exemple. Comme la santé est le point d'entrée, nous devrions concentrer notre attention sur les domaines touchant à la politique socio-économique et pas exclusivement sur ceux de la politique en matière de santé.

Deuxièmement, nous avons très légèrement réorienté l'objectif : au lieu de rechercher une plus grande équité en matière de santé, nous avons recherché une plus grande équité dans le domaine de la santé et du bien-être. La grande leçon que nous en avons tirée est qu'il s'agit de la santé, et non pas des soins de santé, et que nous sommes tous responsables de faire en sorte qu'une meilleure santé soit une capacité fondamentale. Cela a des répercussions très importantes sur la manière dont le gouvernement structure l'élaboration et l'exécution des politiques.

Nos recherches ont permis de tirer des leçons au sujet de l'élaboration horizontale des politiques. Dans la fonction publique, nous parlons beaucoup d'horizontalité, mais elle est difficile à réaliser, et il y a très peu d'exemples dans le monde où elle a été un succès. En Ontario, nous donnons l'exemple du groupe spécial Croissance intelligente, et il y a des leçons à en tirer. Nous avons au moins quelques exemples de chez nous à offrir; il y en a au moins un en Ontario, et je sais qu'il y en a d'autres au Canada.

Our research has also generated lessons about performance measurements in this area. We know that measuring performance is important, but it, too, is hard to do — harder than most people will allow, in my my personal opinion, particularly where the relationship between investments and outcomes is subtle and hard to trace. You have had plenty of evidence to that effect.

My current job is in the rather mysteriously entitled Strategic Alignment Branch. The job is rather innovative. I am responsible for bringing together health outcomes and health investments much more effectively. Of course, the argument in the background is challenges to the fiscal sustainability of our health care system.

The difficulty with metrics in the health equity area, of course, is that attribution is a great challenge. There are people more expert in that than I, but the secondary literature is full of the subtleties associated with it. In Ontario, we tried to promote an input-output model put forward by the Swedish scholar Finn Diederichsen a few years ago. That will be in the research annals. The difficulty with talking about models tracing inputs and outputs is that it is almost impossible for anyone to understand what is going on. Imagine trying to explain that to a committee of cabinet.

Why is this? As I said earlier, among wicked problems that states have to deal with today, it is probable that health inequity is among the most wicked of all. Although we suspected the existence in Ontario of a social gradient in health that was pervasive and durable, we had no evidence of that gradient either, so we had to get that. On the final slide of my deck, I have provided a portrait of the gradient in Ontario produced by a study that the Ministry of Health has commissioned. The study has not yet been published, but I ventured to provide some of this. I was speaking about this initiative to a group of health executives about a year ago. I was on a panel with Noralou Roos, who has appeared before you. She was asked the question, “How do you know there is a gradient in Ontario like there is in Manitoba? I need not to tell you what Noralou’s response was to that.

We now have evidence of that and we are working to deepen the evidence, because we know that if we are going to be measuring these phenomena we need a baseline, we need some form of goal or target, and we need to have effective indicators that are telling us where we are going. In order to do that we need the kind of hard-nosed policy evidence to which my predecessor commentator referred to.

We now have the beginnings of a foundation for doing health equity work in Ontario, but we have a very long way to go. These are research initiatives.

Nos recherches ont également permis de tirer des leçons au sujet des mesures de rendement dans ce domaine. Nous savons que la mesure du rendement est importante, mais qu’elle est aussi difficile — plus difficile que la plupart des gens le reconnaissent, à mon avis, en particulier lorsque le rapport entre les investissements et les résultats est subtil et difficile à repérer. C’est amplement prouvé.

Je travaille actuellement dans une direction au nom assez mystérieux, la Direction de l’harmonisation stratégique. C’est un travail assez novateur. Ma tâche consiste à établir de manière beaucoup plus efficace le rapport entre les résultats en matière de santé et les investissements dans le même domaine. Bien entendu, l’argument derrière tout cela est que la durabilité financière de notre système de soins de santé se trouve mise en cause.

La difficulté en ce qui concerne les mesures d’évaluation dans le domaine de l’équité en matière de santé tient naturellement au fait que l’attribution est extrêmement difficile. Il y a des personnes plus compétentes que moi dans ce domaine, mais la littérature secondaire abonde en subtilités sur ce plan. En Ontario, nous avons essayé de promouvoir un modèle intrants-extrants proposé par l’universitaire écossais, Finn Diederichsen, il y a quelques années. On trouvera cela dans les annales de la recherche. La difficulté, lorsque l’on parle de modèles de détermination des intrants et des extrants, est qu’il est presque impossible pour qui que ce soit de comprendre ce qui se passe. Imaginez avoir à expliquer cela à un comité du Cabinet.

Pourquoi? Comme je viens de le dire, il est probable que l’iniquité en matière de santé est un des problèmes les plus épineux auxquels les États ont affaire aujourd’hui. Bien que nous soupçonnions l’existence en Ontario, d’un gradient social général et durable dans le domaine de la santé, nous n’en avons pas non plus la preuve et nous avons donc été obligés de la trouver. Le dernier acétate de ma série présente un tableau du gradient en Ontario établi par une étude commanditée par le ministère de la Santé. Cette étude n’a pas encore été publiée, mais je me suis permis d’en présenter certains éléments. Je parlais de cette initiative à un groupe de représentants des autorités de la santé il y a environ un an. Je faisais partie d’un groupe avec Noralou Roos, qui a comparu devant vous. On lui avait posé la question suivante, « Comment savez-vous qu’il y a une disparité en Ontario comme celle qui existe au Manitoba? » Inutile de vous dire ce que Noralou a répondu.

Nous en avons maintenant la preuve et nous nous efforçons de l’étayer, car nous savons que pour mesurer ces phénomènes, nous avons besoin de pouvoir nous fonder sur une base de données. Nous avons besoin d’un but ou d’une cible quelconque et nous avons besoin d’indicateurs efficaces qui nous permettent de savoir où nous allons. Pour le faire, nous avons besoin du genre de données stratégiques solides auxquelles la personne qui m’a précédé a fait allusion.

Nous disposons maintenant des premiers éléments d’une assise pour étudier l’équité en matière de santé en Ontario mais nous avons encore beaucoup de chemin à faire. Voilà ce que sont nos initiatives en matière de recherche.

I hope these remarks have set a useful foundation for your questions today.

The Chair: Thank you very much, Mr. Prial. We are waiting whatever information you can release. I am very much aware of this initiative. It is closely aligned to our thinking and what we intend to recommend, unless witnesses convince us otherwise. But we are moving towards a whole-of-government approach recommendation, because we feel there is no other workable approach.

I think Ontario can be a key player. Minister Smitherman was kind enough to give me an hour of his time and I discussed this with him about two months ago to be sure that we were moving in the same direction as Ontario is moving. Of course, he has the great capacity, as deputy premier, to push a whole-of-government approach.

I want to draw you out on this. I am being a bit verbose because this is tremendously important to our thinking. We have heard from many people that this cannot be headed by health. Health is already consuming close to half the provincial budget. Other cabinet ministers are defensive about health and any more health initiatives. It probably requires another ministry.

Paradoxically, it must come out of a health initiative, because we are talking about the health of the nation. Our final report will address health disparities and how to correct them. Despite the negatives of a health minister leading this, I am not sure there is much of a choice.

I know the British model. I am going there to study it in more detail. We have video conferenced them and have heard witnesses from there and so forth.

Would you please enlighten tell us what your thinking is after all your involvement and after your very long bureaucratic career. I was saying yesterday that the importance of a report is to get all the bureaucrats on board, because governments keep turning over. If a report is going to have life, you have to have the bureaucratic thinking behind you, because that is the foundation for any government. Please tell what you think about the construction of an all-of-government approach, starting at the top with the federal level, going down to provincial, civic, and community governance.

Mr. Prial: A whole-of-government approach has to come to terms with a number of fundamental barriers to that approach. We will call them key barriers to horizontality, if you will. I will talk about where the barriers are before getting into what we might be doing about them. This is based on a review of most of the literature on the topic of horizontality that has been published in a couple of languages, mostly English, over the last 15 years and, as I said, the scars on my back.

J'espère que ces remarques constitueront une base de départ utile pour vos questions aujourd'hui.

Le président : Merci beaucoup, monsieur Prial. Nous attendons toutes les informations que vous pourrez nous fournir. Je suis tout à fait au courant de cette initiative. Elle correspond de très près à ce que nous pensons et à ce que nous avons l'intention de recommander, à moins que les témoins ne nous convainquent du contraire. Nous penchons cependant en faveur d'une approche pangouvernementale, car elle est la seule qui puisse fonctionner.

À mon avis, l'Ontario peut jouer un rôle clé. Le ministre Smitherman a bien voulu m'accorder une heure d'entretien au cours de laquelle j'ai discuté de cette question avec lui, il y a environ deux mois, pour être sûr que notre approche concordait avec celle de l'Ontario. Bien entendu, M. Smitherman est particulièrement bien placé, en tant que vice-premier ministre, pour promouvoir une approche pangouvernementale.

Je voudrais avoir votre avis là-dessus. Je m'attarde un peu sur la question, car c'est un élément extrêmement important de notre réflexion. De nombreuses personnes nous ont dit que la santé ne peut pas tenir le premier rôle. Elle absorbe déjà près de la moitié du budget provincial. D'autres ministres se montrent réticents au sujet de la santé et d'autres initiatives dans ce domaine. Ce qu'il faudrait probablement, c'est un autre ministère.

Paradoxalement, il faudrait partir d'une initiative en matière de santé, car nous parlons là de la santé de la nation. Dans notre rapport final, nous traiterons des disparités en matière de santé et de la manière de les corriger. En dépit de ce que pourrait avoir de négatif la direction d'une telle initiative par un ministre de la santé, je ne suis pas certain que nous ayons vraiment le choix.

Je connais le modèle britannique. Je dois me rendre en Angleterre pour l'étudier plus en détail. Nous avons déjà eu une vidéoconférence qui nous a permis d'entendre des témoins de là-bas.

Voudriez-vous nous dire ce que vous en pensez, compte tenu du rôle que vous avez joué dans ce domaine et de votre très longue carrière bureaucratique. Je disais hier que ce qui est important pour un rapport, c'est d'obtenir l'aval de tous les bureaucrates, car les gouvernements changent constamment. Pour qu'un rapport puisse donner des résultats concrets, il faut que les bureaucrates l'approuvent, car c'est le fondement même de tout gouvernement. Veuillez donc nous dire ce que vous pensez de l'établissement d'une approche pangouvernementale, qui commencerait au sommet au niveau fédéral et descendrait au niveau de la gouvernance provinciale, municipale et communautaire.

M. Prial : Une approche gouvernementale doit tenir compte d'un certain nombre d'obstacles fondamentaux. Appelons-les les obstacles clés à l'horizontalité, si vous voulez. Je vous dirai où se trouvent ces obstacles avant d'en venir à ce que nous pourrions faire pour les éliminer. Je me fonde à ce sujet sur un examen de la plupart des études faites sur la question de l'horizontalité qui ont été publiées en deux ou trois langues, surtout en anglais, au cours des 15 dernières années et je vous parlerai aussi, comme je l'ai déjà dit, des marques que cela a laissées sur moi.

A key barrier is the way we organize the departments, as you know. All our major issues are not organized around departmental lines, but we are, and there is a certain type of relentlessness associated — a sort of steel trap of pre-existing conditions — with the structure of public finances that has no bearing on the way problems are organized and how solutions could be organized. There is the structure of decision making, more than 200 years of Westminster model; politics and power; and bureaucratic incentives. All of those have to be considered from different perspectives.

Second, we in government frequently have a hard time having a clear idea of our objectives. We need much greater clarity in what we are trying to accomplish. Of course, that is been a major focus in all the European jurisdictions. They resort to legislation. However, I am a lawyer by training, so some of my legal work in the past has involved how to get governments out of situations in which they do not really obey their own laws. Legislation is not a panacea; it is a tool, along with many other tools that are available.

Clarity around goals is elusive, and that is why it is critically important to achieve, if we can, a national consensus on what it is we are trying to accomplish. The issue, as we have heard, is complex, but just to say it is complex should not preclude the articulation of what it is we want to achieve.

Third, measuring performance is critical, but it is much harder than most people allow. It is very resource intensive. The biggest issue is attribution, and particularly in dealing with the complexities of reporting on performance, that crosses department lines and fields of expertise.

Professor Johnson referred to the importance of allowing for evaluation. I was at one time responsible for launching a program evaluation in the Ontario government. I learned in that process just how difficult it is to evaluate programs. It is a very costly enterprise, even if you develop, as we did, short-cut approaches to manage costs. When we fund programs in government, we never fund them beyond what we think we can get away with. They are never funded so that you can actually evaluate them. I have sought to get, from time to time, funding for evaluation in itself, because it is costly. There are strong reasons why governments do not want programs evaluated, and I can leave it to your imaginations.

Horizontal coordination of policy formation is a challenge. Some of that has to do with the way we structure bureaucracies, the old charges of specialism — the stuff that goes back to

Comme vous le savez, un des obstacles clés est la manière dont nous organisons les ministères. Tous les gros problèmes auxquels nous sommes confrontés ne sont pas organisés en fonction des structures des ministères, mais nous le sommes, et un certain type d'implacabilité — une sorte de carcan de conditions préexistantes — est lié à la structure des finances publiques qui n'a rien à voir avec la manière dont les problèmes sont structurés et les solutions pourraient l'être. Il y a la structure des prises de décisions, plus de 200 années d'utilisation du modèle de Westminster; la politique et le pouvoir; les mesures d'encouragement aux bureaucrates. Tout cela doit être examiné sous des angles différents.

Deuxièmement, au gouvernement nous avons fréquemment des difficultés à nous faire une idée claire de nos objectifs. Nous avons besoin de beaucoup plus de clarté dans ce que nous essayons d'accomplir. Bien entendu, cela a été une des grandes préoccupations de toutes les administrations européennes. Celles-ci se rabattent sur l'adoption de lois. Je suis cependant avocat de formation et, dans le passé, j'ai parfois été appelé à aider des gouvernements à se sortir de situations dans lesquelles ils ne respectent pas vraiment leurs propres lois. Légiférer n'est pas une panacée; c'est un outil, parmi beaucoup d'autres qui sont disponibles.

Il est difficile d'établir des buts précis, et c'est pourquoi il est extrêmement important de parvenir, si c'est possible, à un consensus national sur ce que nous essayons d'accomplir. Comme on l'a dit, c'est une question complexe, mais se contenter de le dire ne devrait pas nous empêcher de définir clairement nos objectifs.

Troisièmement, la mesure du rendement est critique, mais elle est beaucoup plus difficile à réaliser que la plupart des gens le reconnaissent. Elle demande beaucoup de ressources. La plus grosse difficulté est celle de l'attribution, en particulier lorsqu'on s'attaque à la tâche complexe de la présentation d'un rapport sur le rendement, qui recoupe les activités des ministères et les domaines d'expertise.

Le professeur Johnson a dit combien il était important de faire une place à l'évaluation. À une certaine époque, j'étais responsable du lancement d'une évaluation de programme au gouvernement ontarien. Ce processus m'a appris combien il est difficile d'évaluer des programmes. C'est une entreprise très coûteuse, même lorsque vous utilisez, comme nous l'avons fait, des raccourcis pour gérer les coûts. Lorsque nous finançons des programmes au gouvernement, nous n'allons jamais plus loin que ce qui nous paraît tolérable. Les programmes ne sont jamais financés de manière à en permettre l'évaluation. J'ai cherché, de temps à autre, à obtenir des fonds pour réaliser une évaluation, car cela coûte cher. Il y a de fortes raisons pour que les gouvernements ne veuillent pas que les programmes soient évalués, et je laisserai le soin à votre imagination de vous dire pourquoi.

La coordination horizontale de la formation de politiques est difficile. Cela tient en partie à la manière dont nous structurons les bureaucraties, les vieilles accusations de « spécialiste » — tout

Niskanen — specialism, segmentation of expertise. The response to that is incentives, education, communication and overall commitment to a common set of goals.

The fifth challenge is horizontal coordination of execution. One example is in Great Britain and all these local area-based policies. Many of these were launched between 1998 and 2001, and by the time you get to 2002 and want to evaluate what these area-based policies have achieved, you realize that they are all bumping into one another. There is lack of effective governance at the local level.

The final challenge is a lack of consensus in what we mean by accountability and the presence of a strong audit culture, no risk-taking. That has to do with ways we conceive of policy, or that affects how we conceive of policy.

The British experience, in our view, suggests that one important approach is to experiment, try what works. If we are talking about working based on evidence of what works, you do not know what works until you test it, and that means a rather different approach to how we conceive of implementing government policy.

I hope that gives some sense of the results of our experience.

Senator Callbeck: Thank you very much for coming this morning. Carrying on with the question that Senator Keon asked, was there any thought given to finance spearheading this initiative.

Mr. Prial: The best way to answer that question is that health started it. That is why we are in the driver's seat. However, we understood we needed finance to be on board. First, although they hold the money, this is really a question of broad policy, and so I would question the wisdom of just saying that Treasury, because it holds the financial reins, is the right place to situate responsibility.

Senator Callbeck: You mentioned having 10 departments involved and that the ADMs have a committee. Now you have had to educate those people. Are you satisfied that all 10 departments have bought into this initiative?

Mr. Prial: The short answer is no. I am impressed by the dedication of my fellow public servants in discharging their duties. The reality is that most of my colleagues are overloaded, so when we add on another initiative, another request from the centre, or a request from a line ministry, such as mine, to help work on some common objective, what do you think a reasonable person would do in those circumstances? Do you choose what you have to do, your urgent day-to-day needs, or will you somehow give up on that and invest time in an initiative for which you are not getting any credit? That is a simple fact of life. When you are working

ce qui remonte à Niskanen — le spécialisme, la segmentation d'expertise. La solution se trouve dans les mesures d'encouragement, l'éducation, la communication et un engagement général en faveur d'un ensemble de buts communs.

Le cinquième défi à relever est celui de la coordination horizontale de l'exécution. La Grande-Bretagne nous en donne un exemple avec toutes ces politiques locales. Beaucoup d'entre elles ont été mises en place entre 1998 et 2001, et dès 2002, lorsque vous voulez évaluer les résultats, vous vous rendez compte qu'elles tirent toutes à hue et à dia. Il y a une absence de gouvernance efficace au niveau local.

Le dernier défi est l'absence de consensus dans ce que nous entendons par responsabilisation et la présence d'une forte culture de vérification, pas de prise de risque. Cela tient à la manière dont nous concevons les politiques, ou cela influe sur la manière dont nous les concevons.

À notre avis, l'expérience britannique montre qu'il est important de recourir à l'expérimentation, de mettre à l'essai ce qui fonctionne. Si nous parlons d'utiliser des méthodes dont l'efficacité est prouvée, on ne peut pas savoir ce qui fonctionne avant d'en avoir fait l'essai, ce qui signifie qu'il faut adopter une approche assez différente de la manière dont nous concevons la mise en œuvre des politiques gouvernementales.

J'espère que cela vous donne une idée des résultats de notre expérience.

Le sénateur Callbeck : Je vous remercie vivement d'être venu ce matin. Pour reprendre la question du sénateur Keon, a-t-on songé à confier aux Finances la direction de cette initiative?

M. Prial : La meilleure façon de répondre à cette question est de dire que c'est la Santé qui a pris l'initiative. C'est la raison pour laquelle nous sommes aux commandes. Nous avons cependant compris qu'il était nécessaire de nous assurer la participation des Finances. Premièrement, bien que ce soit les Finances qui tiennent les cordons de la bourse, il s'agit vraiment d'une politique générale et je ne pense pas qu'il soit sage de dire, sous prétexte que le Trésor a les rênes financières en main, que c'est à cette administration qu'il convient de confier la responsabilité.

Le sénateur Callbeck : Vous avez dit que dix ministères participaient et que les SMA ont un comité. Vous avez été obligé d'éduquer ces gens-là. Êtes-vous sûr que les dix ministères sont tous favorables à cette initiative?

M. Prial : En un mot, non. Je suis impressionné par le sérieux avec lequel mes collègues fonctionnaires s'acquittent de leurs tâches. En réalité, la plupart de mes collègues sont surchargés de travail; donc, lorsque vous ajoutez une autre initiative, une autre demande du centre, ou une demande d'un ministère hiérarchique tel que le mien, pour qu'ils les aident à poursuivre un objectif commun, que pensez-vous qu'une personne raisonnable ferait dans de telles circonstances? Décidez-vous de faire ce que vous avez à faire, de continuer à vous occuper des urgences quotidiennes, ou y renoncez-vous pour consacrer votre temps à

horizontalement, il prend de la capacité et, dans une certaine mesure, un peu de capacité redondante et les gouvernements ne le font pas. Nous sommes financés très étroitement.

Senator Callbeck: When was the first meeting of the 10 departments? How long have you been at this?

Mr. Prial: We have been on this particular initiative for about a year. The first meeting was: What is this all about, why am I here and how can I justify my time? The second meeting was: What is this all about, why am I here and how can I justify my time? Those are really good questions. It is not a question of competence or blame or the fact that people do not want to work together. People do want to work together. In my experience, everyone is well motivated. I ask, what infrastructure and what superstructures do we have to support and enable the initiative?

Senator Callbeck: You are optimistic about this structure?

Mr. Prial: I am always optimistic. I am a public servant.

Senator Callbeck: Ms. Hills, you mentioned the need for more innovation and less redundancy when you were talking about research. What is the best way to get at this redundancy? How do we deal with that?

Ms. Hills: We have to pay attention to what we already know. We know a lot about disparities, but we do not take risks. We do not know what will work if we do not test it. It is easy to stay with what we already know and what we already do. It is really easy to do traditional research that is run by a researchers' own initiative. It is difficult to do research when you are partnering with a policy person who has a totally different agenda. We have learned much by working with policy people.

One of the initiatives right now is around this whole-of-government approach, which is quite interesting. You will know that in B.C. they have taken up this approach. CIHR, in collaboration with the government, has said that this is innovation, but we need to evaluate it; we need to know what is working and what is not. There are some interesting nuances, such as that it is not in the Department of Health any more, and it used to be. What does that mean? It will answer some of the very questions that Senator Keon was asking.

Regarding the idea of partnership and working together, we will never be successful if we cannot get education. Look at what occurs with youth in the schools. If you do not have education on board, how do you even have access? Earlier I was talking about nutrition and various programs. We have a huge dilemma around this intersectoral collaboration.

une initiative dont vous ne retirerez aucun crédit; c'est la réalité pure et simple. Lorsque vous travaillez horizontalement, il faut que la capacité existe et, dans une certaine mesure, il faut aussi une petite capacité de réserve, ce dont ne disposent pas nos gouvernements. Nos ressources financières sont calculées au plus juste.

Le sénateur Callbeck : Quand a eu lieu la première réunion des dix ministères? Depuis combien de temps vous occupez-vous de cela?

M. Prial : Depuis un an environ. La première réunion avait pour objet de répondre aux questions suivantes : De quoi s'agit-il, pourquoi suis-je ici et comment puis-je justifier le temps que j'y consacre? À la seconde réunion, les questions ont été exactement les mêmes. Ce sont des questions très pertinentes. Il ne s'agit pas de compétences ou de blâme ou du fait que les gens ne veulent pas travailler ensemble. Les gens sont tout à fait prêts à le faire. L'expérience m'a appris que tout le monde est motivé. Je vous le demande, quelle infrastructure et quelles superstructures avons-nous pour soutenir et permettre la réalisation de cette initiative?

Le sénateur Callbeck : Êtes-vous optimiste à ce sujet?

M. Prial : Je suis toujours optimiste. Je suis fonctionnaire.

Le sénateur Callbeck : Madame Hills, lorsque vous parliez de recherche, vous avez dit que l'on avait besoin de plus d'innovation et de moins de redondance. Quelle est la meilleure façon d'éviter celle-ci? Comment procéder?

Mme Hills : Il faut prêter attention à ce que nous savons déjà. Nous savons beaucoup de choses au sujet des disparités, mais nous ne prenons pas de risques. Nous ne savons pas ce qui va fonctionner si nous n'en faisons pas préalablement l'essai. Il est facile de se cantonner dans ce que nous savons déjà et ce que nous faisons déjà. Il est vraiment facile d'effectuer une recherche traditionnelle guidée par l'initiative d'un chercheur. Mais il est difficile de faire de la recherche lorsque votre partenaire est un spécialiste en matière de politiques et qu'il a un objectif totalement différent. Travailler avec ces gens-là nous a beaucoup appris.

Une des initiatives actuelles concerne cette approche pangouvernementale, ce qui est fort intéressant. Vous savez certainement que c'est l'approche adoptée en Colombie-Britannique. Les IRSC, en collaboration avec le gouvernement, ont dit que c'est de l'innovation, mais il faut l'évaluer; il est indispensable de savoir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Il y a quelques nuances intéressantes, par exemple le fait que ce n'est plus le ministère de la Santé qui est responsable comme c'était le cas auparavant. Que cela signifie-t-il? Cela permettra de répondre à certaines des questions posées par le sénateur Keon.

L'idée de partenariat et de travail en coopération ne fonctionnera jamais sans l'éducation. Voyez ce qui arrive aux jeunes dans les écoles. Sans la participation des autorités dans le domaine de l'éducation, comment même pouvoir y avoir accès? J'ai parlé tout à l'heure de nutrition et de divers autres programmes. Cette collaboration intersectorielle crée un énorme dilemme.

Senator Callbeck: You mentioned in your comments that researchers should not dictate the research questions or the process. Who should take the lead?

Ms. Hills: The community, the policy person, the person who has the issue should take the lead. It has to do with your question. If I am going to do policy research, there is no point in me, as a researcher, saying what I am interested in because I will never be able to satisfy your questions. I also think people who work with policy have very different questions than researchers have. We are trying to look at return on investment. We fund community initiatives and we need to know what the return is.

Senator Callbeck: You mentioned a project between the Public Health Agency and the Canadian Consortium of Health Promotion Research. Is that an ongoing project? Is there a specific time frame on that?

Ms. Hills: We have worked on it for the past four years and there is new funding for another three years. This time, it will be related to policy and creating a policy index of effectiveness. We know about the return on investment, so we will have much more of a focus on that. It will be presented to Treasury Board next spring, as I understand.

Senator Callbeck: You have three-year funding in place right now?

Ms. Hills: Yes.

Senator Callbeck: Will it be presented to Treasury Board for ongoing funding?

Ms. Hills: I have to back up for a minute because the whole reason this project was funded in the first place was because federally we fund these community initiatives, all kinds of them, hundreds of them, and we spend a lot of money doing so. However, the auditor's report asked: What are we getting out of this? We did not have good evidence that there was an impact on health. That is why the project was started. After four years of development, we are now ready to tackle the more difficult policy questions.

Senator Callbeck: That is funded now for three years and then you have to go back to Treasury Board. Is that right?

Ms. Hills: Yes.

Senator Callbeck: Ms. Johnson, you talked about a national strategy and that we need national leadership. Do you suggest that the Department of Health take the lead?

Ms. Johnson: Because this is a health issue of society, as Senator Keon mentioned earlier, I think health should take the lead, but it should be intersectoral. We have talked about the challenges associated with working horizontally.

Le sénateur Callbeck : Vous avez dit que ce ne sont pas les chercheurs qui devraient dicter les questions relatives à la recherche ou le processus. Qui devrait prendre l'initiative?

Mme Hills : La collectivité, la personne chargée des politiques, la personne qui a le problème devrait prendre l'initiative. Cela a rapport à votre question. Si je veux faire de la recherche sur les politiques, il ne sert à rien qu'en tant que chercheuse, je dise ce qui m'intéresse, parce que je ne serai jamais en mesure de répondre de manière satisfaisante à vos questions. Je pense aussi que les personnes qui travaillent dans le domaine des politiques ont à résoudre des questions tout à fait différentes de celles des chercheurs. Ce qui nous intéresse, c'est le rendement d'un investissement. Nous finançons des initiatives communautaires et il est indispensable que nous en connaissions le rendement.

Le sénateur Callbeck : Vous avez parlé d'un projet coentrepris par l'Agence de santé publique du Canada et le Consortium canadien de recherche en promotion de la santé. S'agit-il d'un projet en cours? Y a-t-il un calendrier spécifique?

Mme Hills : Nous travaillons sur ce projet depuis quatre ans et nous avons obtenu de nouveaux fonds pour trois années supplémentaires. Cette fois, le projet sera lié aux politiques et à la création d'un indice d'efficacité. Comme nous connaissons le rendement de l'investissement, nous nous concentrerons beaucoup plus là-dessus. Je crois que le rapport sera présenté au Conseil du Trésor au printemps prochain.

Le sénateur Callbeck : Vous avez obtenu un financement sur trois ans?

Mme Hills : Oui.

Le sénateur Callbeck : Y aura-t-il une demande de financement permanent au Conseil du Trésor?

Mme Hills : Je dois revenir un peu en arrière, parce que la seule raison pour laquelle ce projet a été financé au départ était qu'au niveau fédéral nous finançons ces initiatives communautaires, des initiatives de toutes sortes, des centaines d'entre elles; nous dépensons beaucoup d'argent pour cela. Dans son rapport, la vérificatrice demandait : qu'en tirons-nous? Nous n'avions pas de preuve tangible que cela avait un impact sur la santé. C'est la raison pour laquelle le projet a été entrepris. Au bout de quatre ans, nous sommes maintenant prêts à nous attaquer aux questions de politique plus difficiles.

Le sénateur Callbeck : Ce projet est donc financé pour les trois prochaines années, après quoi vous serez obligé de faire une nouvelle demande au Conseil du Trésor. C'est bien cela?

Mme Hills : Oui.

Le sénateur Callbeck : Madame Johnson, vous avez parlé d'une stratégie nationale et dit que nous avons besoin d'un leadership national. Pensez-vous que c'est le ministère de la Santé qui devrait l'assumer?

Mme Johnson : S'agissant d'une question de santé sociétale comme l'a dit le plus tôt le sénateur Keon, je crois que c'est le ministère de la Santé qui devrait en prendre la direction, mais il faudrait que ce soit une entreprise intersectorielle. Nous avons déjà parlé des difficultés que représente le travail horizontal.

If organizations such as CIHR, in partnership with the Public Health Agency of Canada, could take the leadership with perhaps subcommittees or a provincial working group in order to get a feel for what is happening and to integrate the framework, that might work well. Someone must take leadership, and the Department of Health seems to be the obvious choice, at least in my mind.

Senator Callbeck: I have one other question on the Institute for Population and Public Health. You mentioned the funding. Has funding increased or decreased or has it stayed about the same over the last few years?

Ms. Johnson: The funding has increased slightly, but the capacity of researchers and the number of applications has gone up tremendously, so that has brought the equation down in terms of success rates. It is a matter of not enough increase in funding and quite an increase in the number of researchers.

Senator Callbeck: It has gone down immensely.

[Translation]

Ms. De Koninck: Research needs are absolutely not being met right now. It was mentioned that it is extremely difficult to get funding for research in the social sciences and health. And when the research institutes were established in Canada, there had to be considerable openness to the social sciences; there was a little. As I said earlier, if you compare biomedical research with research in the social sciences, communities, health promotion and so on, no comparison is possible. I want to emphasize that because we talked about health costs. It is increasingly acknowledged that people who wind up in hospital represent a high cost; a large part of the work can be done before that, which costs a lot less.

Without talking about social justice, equity and all our great principles, talking strictly about costs from a pragmatic standpoint, everything that is invested in prevention and addressing the social inequalities of health prevents us from paying 10, 15, 20 times the costs we will have in the health system.

In that regard, and this somewhat addresses your concern as a person working in the public service, the world of health, medicine and health care must be made aware of the social aspects of the creation of health problems. It can be understood that, if health people sit around a table and you talk to them about the social field, community organization, help with children's homework and even public nutrition, those people may wonder: what am I doing here? An enormous amount of work must be done, and that has to start with training for health professionals.

At Laval University, we have a new medical program, a new course for which I am jointly responsible and which is called Doctors, Medicine and Society. Starting in the first years of medicine, they will hear about social inequality and social determinants. If doctors, nurses, nutritionists, all those who work in the public service in health, are enabled to gain a better understanding of the genesis of health problems from a social and

Si des organisations telles que les IRSC, en partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada, pouvaient assumer le leadership avec, peut-être, des sous-comités ou un groupe de travail provincial, pour se faire une idée de ce qui se passe, et pour intégrer le cadre, cela pourrait donner de bons résultats. Il faut que quelqu'un assume ce leadership, et du moins, à mon avis, le ministère de la Santé semble être le choix évident.

Le sénateur Callbeck : J'ai une autre question à poser au sujet de l'Institut de la santé publique et des populations. Vous avez parlé du financement. A-t-il augmenté, diminué ou est-il demeuré à peu près le même au cours de ces dernières années?

Mme Johnson : Le financement a légèrement augmenté, mais la capacité des chercheurs et le nombre de demandes ont énormément augmenté, ce qui a réduit l'équation en termes de taux de réussite. C'est une question d'augmentation insuffisante du financement et d'augmentation sensible du nombre de chercheurs.

Le sénateur Callbeck : Il a considérablement diminué.

[Français]

Mme De Koninck : On ne répond absolument pas aux besoins de recherche à l'heure actuelle. Il a été mentionné que la recherche en sciences sociales et en santé, c'est extrêmement difficile de se faire financer. Et lorsqu'on a créé les instituts de recherche au Canada, il devait y avoir une grande ouverture vers les sciences sociales; il y en a eu un peu. Comme je le disais tout à l'heure, si on compare la recherche en biomédical par rapport en sciences sociales, communautaires, promotion de la santé, et cetera, il n'y a pas de comparaisons possibles. Je tiens à insister là-dessus parce qu'on a parlé des coûts en santé. On reconnaît de plus en plus que les personnes qui se ramassent à l'hôpital coûtent cher, il y a une bonne partie du travail qui peut être fait avant. Ce qui coûte beaucoup moins cher.

Sans parler de justice sociale, d'équité, et tous nos beaux principes, en parlant strictement de façon pragmatique de coût, tout ce qu'on investit dans la prévention en s'attaquant aux inégalités sociales de santé, cela nous évite 10, 15, 20 fois les coûts qu'on aura dans le système de santé.

Par rapport à cela, cela rejoint un peu votre préoccupation comme personne travaillant dans la fonction publique, le monde de la santé, de la médecine et des soins de santé, doit être sensibilisé aux dimensions sociales de la création des problèmes de santé. Cela se comprend que les gens de santé arrivent autour d'une table, on leur parle du domaine social, d'organisation communautaire, d'aide aux devoirs des enfants, même de nutrition publique, ces gens se demandent : Qu'est-ce que je fais ici? Il y a un énorme travail qui doit être fait et cela doit commencer dans la formation des professionnels de la santé.

À l'Université Laval, on a un nouveau programme en médecine, un nouveau cours dont je suis coresponsable et qui s'appelle médecin, médecine et société. Dès les premières années de médecine, ils vont entendre parler d'inégalité sociale et de déterminant sociaux. Les médecins, les infirmières, les nutritionnistes, tous ceux qui œuvrent dans la fonction publique en santé, si on leur permet de mieux comprendre la genèse des

economic standpoint, they will definitely be more convinced that their work has an impact on health and will be involved to a much more significant degree.

[English]

The Chair: Ms. De Koninck, I would like to comment on what you have said. We have asked the Conference Board of Canada to develop a business case for population health and to tell us why we should embark on a major initiative in population health. They will be doing that for us.

The short answer was what you just said. For each dollar invested in population health and correction of health inequities, there is probably a savings to the health care delivery system of \$20 to \$25.

That brings me back to all four of you for your guidance here, because despite the fact that there is tremendous resistance on the part of other ministries to let health lead an all-of-government approach to population health, the big financial driver and the big initiative is seen in health. The Minister of Finance has to get his head around this as well. It is really seen in health that there can be a direct link drawn.

I think the initiative has to come out of Health Canada but we need advice on that and soon.

Senator Cook: Thank you all for appearing. Thank you for challenging us once again this morning on the journey we are setting out on.

Ms. De Koninck, you talked about the social aspect of research. What do you think you will find if you go upstream?

[Translation]

Ms. De Koninck: Are you talking about my comments on the determinants of determinants, upstream? Increasing emphasis is being placed on this in research in Europe. If we want to address the problems in a sustainable way, we have to go upstream from the determinants. So you must understand that social relations and the social dynamic of conditions lead individuals to experience unequal situations.

For example, housing and employment policies will have an impact on conditions that will have an impact. It is really a chain. If, for example, you address housing, but without considering and without anticipating what can cause negative housing developments, it will be a short-term solution.

For example, you can select people and give them an acceptable place to live, but if you do not go upstream to really plan housing policies to ensure, on a sustainable basis, that people have an acceptable roof over their heads, you can only come up

problèmes de santé sur le plan social et de l'économie, il est certain qu'à ce moment ils seront plus convaincus que leur travail aura un impact sur la santé et ils seront interpellés de façon beaucoup plus significative.

[Traduction]

Le président : Madame De Koninck, je voudrais faire une remarque à propos de ce que vous avez dit. Nous avons demandé au Conference Board du Canada d'effectuer une analyse de rentabilisation pour la santé de la population et de nous dire pourquoi nous devrions nous embarquer dans un grand projet concernant la santé de la population. C'est ce que le Conference Board va faire pour nous.

Vous venez de résumer la réponse en quelques mots. Pour chaque dollar investi dans la santé de la population et dans la correction des iniquités en matière de santé, il y a probablement une économie de 20 à 25 \$ pour le système de prestation de soins de santé.

Cela m'amène à nouveau à vous demander conseil à tous les quatre, car en dépit du fait qu'il y a une très forte réticence de la part des autres ministères à laisser le ministère de la Santé diriger une approche pangouvernementale à la santé de la population, le gros incitatif financier et la grande initiative concernent la santé. Il faut que le ministre des Finances se mette aussi cela dans la tête. C'est vraiment dans le domaine de la santé que l'on peut établir un lien direct.

Je crois que l'initiative doit venir de Santé Canada, mais nous avons besoin de conseils à ce sujet, et le plus vite possible.

Le sénateur Cook : Merci à tous d'avoir bien voulu comparaître devant nous. Merci de nous forcer encore une fois à la réflexion, ce matin, dans le voyage que nous entreprenons.

Madame De Koninck, vous avez parlé de l'aspect social de la recherche. Que pensez-vous trouver en amont?

[Français]

Mme De Koninck : Vous parlez de mes propos sur les déterminants des déterminants, en amont? Dans la recherche, du côté des Européens, on met de plus en plus l'accent là-dessus. Si on veut s'attaquer, de façon durable, aux problèmes, il faut aller en amont des déterminants. Donc, il faut comprendre que les rapports sociaux et la dynamique sociale des conditions font en sorte que les personnes vivront des situations inégales.

Par exemple, les politiques de logement et d'emploi vont avoir un impact sur des conditions qui, elles, auront un impact. C'est vraiment la chaîne. Si on s'attaque, par exemple, au logement, mais sans réfléchir et sans prévoir ce qui peut provoquer une évolution négative dans le logement, ce sera une solution à court terme.

Par exemple, on peut sélectionner des gens et leur donner un lieu d'habitation qui soit acceptable, mais si on ne va pas en amont pour vraiment prévoir des politiques de logement pour faire en sorte que, de façon durable, les gens aient un toit

with short-term solutions. That is why we are increasingly talking about determinants. So it is always a medium- and long-term perspective.

What my colleagues have emphasized is that, when you think and want to put approaches like this in place, first, those approaches absolutely have to be anchored in the communities in order to take into account all the dynamics, but, second, there has to be an evaluative process enabling us to monitor and put things in context. That is extremely important in the evaluation. I believe my colleagues will agree with that; the evaluation must always be put in context. You can have an approach in a community that will have certain results, and results will be different elsewhere.

[English]

Senator Cook: That leads me to my conversation with Ms. Johnson. In the Province of Newfoundland in the 1990s, the fisheries collapsed and our way of life collapsed forever. The working population left in search of jobs. Canada was the beneficiary of that population shift, in particular Alberta. The government of the day was very innovative and asked what could be done. They knew what needed to be done but not how to do it. They developed an IT program called, Community Accounts. It is free of charge and can be viewed on the Internet. It is fully funded through the Newfoundland and Labrador Department of Finance. The premier determined that he needed to do what was best for his people. The program was developed at Memorial University in cooperation with Newfoundland and Labrador's Statistics Agency.

The result of the program was a kind of prototype that collected the profiles of what we were as a people. We are a small province of course, making it easier perhaps. The profile of each area was added to the Community Accounts. They gathered their information from Statistics Canada and elsewhere. The database is online and whoever wishes to access it, for whatever reason, may do so, such as the police, justice officials, school lunch programs, the poverty reduction strategy, and others. It is designed at the community level.

I would like your opinion on such a prototype. Is it possible? I realize that the funding is at the provincial level, which is not an issue in my province.

Do you see such a program being offered to the provinces across this nation? Are you doing something like that in your Province of Saskatchewan?

Ms. Johnson: I am proud of Community Counts and the way in which the database is set up. I used that database when I was in Nova Scotia, after Newfoundland developed the model called Community Accounts.

acceptable au-dessus de leur tête, il ne pourra s'agir que de solutions à court terme. C'est pour cette raison qu'on parle de plus en plus des déterminants. C'est donc toujours une perspective à moyen et long terme.

Ce sur quoi mes collègues ont insisté, c'est que lorsqu'on réfléchit et qu'on veut mettre en place des approches comme celles-là, il faut absolument que ces approches soient, d'une part, ancrées dans les milieux pour tenir compte de toutes les dynamiques, mais, d'autre part, qu'on ait d'emblée un processus évaluatif qui nous permette de suivre et de contextualiser. Dans l'évaluation, c'est extrêmement important. Je crois que mes collègues seront d'accord avec cela; l'évaluation doit toujours être contextualisée. On peut avoir une approche dans un milieu qui aura tels résultats et, ailleurs, les résultats seront différents.

[Traduction]

Le sénateur Cook : Cela m'amène à ma conversation avec Mme Johnson. Dans la province de Terre-Neuve, dans les années 1990, l'industrie de la pêche s'est effondrée et notre mode de vie traditionnel a disparu à tout jamais. La population active est partie à la recherche de nouveaux emplois. Le Canada a bénéficié de ce déplacement de population, en particulier l'Alberta. Le gouvernement de l'époque a été très novateur et a demandé ce que l'on pouvait faire. Il savait ce qu'il fallait faire, mais il ne savait pas comment procéder. Il a donc élaboré un programme de TI appelé Rapports sur les collectivités. Ce programme est gratuit et peut être consulté sur Internet. Il est totalement financé par le ministère des Finances de Terre-Neuve-et-Labrador. Le premier ministre a décidé qu'il fallait qu'il fasse ce qui servait le mieux les habitants de la province. Le programme a donc été élaboré à l'Université Memorial en collaboration avec l'organisme de la statistique de Terre-Neuve-et-Labrador.

Le programme a permis de créer une sorte de prototype de collecte des profils de notre population. Nous sommes une petite province, bien sûr, ce qui facilite peut-être la tâche. Le profil de chaque secteur a été ajouté aux Rapports sur les collectivités. L'information recueillie provenait de Statistique Canada et d'autres sources. Il y a une base de données en ligne qui peut être consultée par tout le monde, pour quelle que raison que ce soit, par exemple la police, les fonctionnaires du ministère de la Justice, les programmes de repas santé à midi à l'école, la stratégie de réduction de la pauvreté, et d'autres. Le programme est conçu au niveau communautaire.

J'aimerais avoir votre opinion sur un tel prototype. Est-il possible? Je sais bien que son financement se fait au niveau provincial, ce qui n'est pas un problème dans ma province.

Cela vous paraîtrait-il concevable d'offrir un tel programme à toutes les provinces de la nation? Faites-vous quelque chose d'analogue en Saskatchewan?

Mme Johnson : Je suis fière des Rapports sur les collectivités et de la façon dont la base de données est établie. Je l'ai utilisée lorsque j'étais en Nouvelle-Écosse, après que Terre-Neuve ait élaboré le modèle appelé Rapports sur les collectivités.

The information provided a wonderful start to the regional district health authorities to be able to draw on the information that provided community-level information. We found that although it was important and useful, it was limiting. It did not have some of the indicators and information that community health boards were looking for in terms of identifying community needs, for example, information related to health literacy. Through focus groups, the communities identified that as an important issue, but they did not have any data to support it. They had educational level, but that is not a good overall indicator of health literacy. There are other contexts. An immigrant's language skills are also an indicator of literacy. I was an immigrant so people tend to speak loudly and slowly, assuming I do not understand English.

It is important to gather additional information that is perceived as important at the local levels. For example, in an Aboriginal Northern community, availability of traditional food becomes important for community planning. We need to expand on that. It is a wonderful model but it is not used in other provinces. We do not have that model in Saskatchewan. It would be helpful to have it at the national level because then you could make provincial comparisons. For example, where does the immigrant population in Saskatchewan stand compared to the immigrant population in larger urban centres? Such comparisons would not be possible if the information is localized only and not coordinated and centrally available.

Senator Cook: It is my understanding that in my province an advisory group programs the required information into the system. Could we use this model as a basis and then add more specific data to it?

The other thing we heard was that while we have these wonderful research agencies across the country, there are barriers to access that prevented them from getting at it the information. That is why Newfoundland proceeded to develop its own database. I would like your opinion on access to information and the surrounding barriers. Should we use the prototype?

Ms. Johnson: I have used large data sets from CIHI and from Statistics Canada. As well, data are available from data initiative and regional data centres but they are not broken down to the community level.

Senator Cook: That was their problem.

Ms. Johnson: We experienced that problem as well.

Senator Cook: How do we get around that problem?

Ms. Johnson: The way would be to create more linkages and to work with CIHI. That is a wonderful starting place for us. We would look at the smaller innovative models that add value to locally needed information and then bridge the gap. We do not

L'information offrait un merveilleux point de départ aux autorités sanitaires de district, car elle leur permettait d'exploiter l'information fournie au niveau communautaire. Nous avons cependant constaté que si cette information était importante et utile, elle avait un effet réducteur. Elle ne comportait pas certains des indicateurs et des informations que les comités de santé communautaire recherchaient pour identifier les besoins de la collectivité, par exemple, l'information relative à la littératie en santé. Des groupes de réflexion ont permis aux collectivités de décider qu'il s'agissait d'un problème important, mais elles n'avaient aucune donnée pour le confirmer. Elles avaient, bien sûr, le niveau d'instruction, mais ce n'est pas un bon indicateur d'ensemble de la littératie en santé. Il y a d'autres contextes. Les compétences linguistiques d'un immigrant sont également un indicateur dans ce contexte. J'étais moi-même une immigrante et les gens ont tendance à me parler lentement et fort, parce qu'ils pensent que je ne comprends pas l'anglais.

Il importe de rassembler des informations supplémentaires jugées importantes aux niveaux locaux. Par exemple, dans une collectivité autochtone et nordique, il devient important pour la planification communautaire de pouvoir avoir accès à des aliments traditionnels. Il faut aller plus loin. C'est un merveilleux modèle, mais il n'est pas utilisé dans les autres provinces. Il n'existe pas en Saskatchewan. Il serait bon de l'avoir au niveau national, car il serait alors possible de faire des comparaisons entre les provinces. Par exemple, que représente la population des immigrants en Saskatchewan par rapport à celle des immigrants dans les grands centres urbains? De telles comparaisons ne seraient pas possibles si l'information demeurait localisée au lieu d'être coordonnée et accessible grâce à une source centrale.

Le sénateur Cook : À ma connaissance, dans ma province, c'est un groupe de consultants qui programme l'information requise dans le système. Pourrions-nous utiliser ce modèle comme base de départ et lui ajouter ensuite des données plus spécifiques?

Nous avons également entendu dire que bien nous ayons ces merveilleux organismes de recherche dans tout le pays, il existe des obstacles qui les ont empêchés d'avoir accès à l'information. C'est la raison pour laquelle Terre-Neuve a décidé d'élaborer sa propre base de données. J'aimerais avoir votre opinion sur l'accès à l'information et sur les obstacles qui s'y opposent. Devrions-nous utiliser le prototype?

Mme Johnson : J'ai utilisé d'importants ensembles de données des ICIS et de Statistique Canada. On peut obtenir également des données des programmes de recherche et des centres de données régionaux, mais ces données ne seront pas ventilées au niveau communautaire.

Le sénateur Cook : C'était leur problème.

Mme Johnson : Nous avons connu le même problème.

Le sénateur Cook : Comment le résoudre?

Mme Johnson : Il faudrait créer plus de liens et travailler avec les ICIS. Voilà un merveilleux point de départ pour nous. Nous pourrions envisager d'utiliser les petits modèles novateurs qui ajoutent de la valeur à l'information dont on a besoin sur le plan

always have to go from top down. We can learn from the grassroots level and lead the innovation upward. It is extremely important that we have more coordination and integration.

Senator Cook: Ms. De Koninck, I heard you mention the need for curriculum or curriculum training. Would you see this as a possible model, whereby the data could be there and accessed? The users of this kind of model would be infinite. You input whatever you need.

I am interested in hearing where we should move on curriculum because if we are not teaching the deliverers of the system the skills that they need to know, then we will have failed. Do you have anything else to offer on that subject?

[Translation]

Ms. De Koninck: I would simply say that, before addressing the use that is made of data sources by people who provide health services, we must first take the first step, which is to achieve an awareness that health is not a strictly biological and behavioural outcome, but also a social outcome. You have to address the first stage before moving on to the second, and we have a lot of work to do in that regard.

Then, once the interest is there, of course if we can provide them with information that will help them in their work, to help reduce inequalities and improve social health, that is definitely welcome, but you have to go through a stage that I think is an enormous challenge.

That would help bridge the gap between health, health services and everything that represents people's work environment and family environment. Health workers find it hard to work hand in hand because it is difficult for them to understand how they can both work hand in hand in the health field. I think that is the challenge.

[English]

Senator Cook: It was the need that forced our people to work together, and I think it is a good start.

The Chair: You were speaking about literacy and here is the Senate's champion of literacy, Senator Fairbairn.

Senator Fairbairn: Thank you very much. I have been listening since I came in. I know my colleagues get a little weary of hearing this word as often as they do in this committee, and indeed the issues that we are talking about. I listened to all of you and the areas in which you are working, and most importantly the words you have been using in the last few minutes. This is very much a foundational issue for whatever else you want to build in social advancement in our country. I know all of you are very much aware of this and how it pops up.

local et nous pourrions combler ensuite les lacunes. Il n'est pas toujours nécessaire de procéder du haut vers le bas. Il y a des choses à apprendre au niveau communautaire et ce pourrait être une base de lancement de l'innovation. Il est extrêmement important d'accroître la coordination et l'intégration.

Le sénateur Cook : Madame De Koninck, je vous ai entendu mentionner la nécessité d'un programme d'études ou d'une activité de formation. Pensez-vous que cela constitue un modèle possible, qui permettrait d'avoir directement accès aux données? Il y aurait un nombre infini d'utilisateurs de ce genre de modèle. Vous pouvez entrer tout ce dont vous avez besoin.

Cela m'intéresserait de savoir quelle direction nous devrions prendre en ce qui concerne le programme d'études, car si nous n'enseignons pas aux prestataires du système les connaissances qu'ils ont besoin d'avoir, nous aurons échoué. Avez-vous autre chose à dire à ce sujet?

[Français]

Mme De Koninck : Je vous dirais simplement qu'avant d'en arriver à l'utilisation de sources de données par des gens qui dispensent les services de santé, nous devons d'abord franchir la première étape qui est une prise de conscience que la santé est une production pas strictement biologique et comportementale, mais aussi sociale. Avant de passer à la deuxième étape, il faut s'attaquer à la première et, de ce côté, nous avons beaucoup de travail à faire.

Ensuite, une fois que l'intérêt est là, bien sûr si on peut les alimenter sur le plan des informations qui vont les aider dans leur travail pour contribuer à réduire les inégalités et améliorer la santé sociale, c'est certainement bienvenu, mais il y a une étape à franchir qui, je pense, constitue un énorme défi.

Cela aiderait à briser l'ouverture qu'il y a entre la santé, les services de santé et tout ce qui représente le milieu de travail des gens et leur milieu familial. Les intervenants travaillent difficilement main dans la main parce que pour eux il est difficile de comprendre comment, main dans la main, ils travaillent tous deux dans le domaine la santé. Selon moi c'est là le défi.

[Traduction]

Le sénateur Cook : C'était le besoin qui nous a contraints à collaborer, et je crois que c'est un bon point de départ.

Le président : Vous parliez d'alphabétisation et en voici le champion, le sénateur Fairbairn.

Le sénateur Fairbairn : Merci beaucoup. Je vous écoute depuis mon arrivée ici. Je sais que mes collègues sont un peu las d'entendre prononcer si souvent ce mot dans ce comité, et en fait, des questions dont nous parlons. Je vous ai tous écoutés; j'ai noté les domaines dans lesquels vous travaillez et, ce qui est particulièrement important, j'ai noté les termes que vous avez utilisés au cours des cinq dernières minutes. Il s'agit vraiment d'une question fondamentale pour tout ce que vous voudriez inclure d'autre dans la promotion sociale au Canada. Je sais que vous en êtes tous très conscients de la manière dont cela se manifeste.

There were comments about working with the provinces on some of these areas in which you are particularly engaged. We have lost a lot of that in recent times. Does this come up to you from your discussions with the provinces? Without that connection from the national and provincial level, you will not get down to the ground with the efforts where they are needed the most. I am wondering if you have thoughts on that and whether you have any advice to give to us. It is like a river going through almost everything we listen to.

Ms. Johnson: I do not have many years of experience in population public health. In my 10 years of experience in the three provinces, I have been fortunate to have been part of three strategy development processes: The Chronic Disease Prevention Strategy in Nova Scotia; the Immigrant Strategy; and I was part of the Saskatchewan seniors' injury falls strategy in Nova Scotia. As a community health board member and a member of the district regional health authority, I was also part of the Smoke-free Nova Scotia, the tobacco reduction strategy. I found if there was leadership from the federal level, having a national strategy, it really propelled the provinces to go forward and do more. The Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy was instrumental for the provinces to take the lead on chronic disease and related issues of healthy eating in schools and keeping kids active and providing safer environments and so on. It propelled the agenda forward quite a bit.

I have been part of strategies where they start from the provincial level, but we do not have leadership at the national level. I see that in the seniors' injury strategies. We have one in Nova Scotia, and I was just at a meeting in Saskatchewan, where that province is in the process of developing a strategy on injury prevention. B.C. has a strategy on injury prevention.

Without the national coordination and national framework, it is difficult to find that continuity, to learn from the process. In Nova Scotia, it was such a struggle to find information for the strategy. In Saskatchewan, we are a little bit ahead in terms of being able to learn from the experiences of B.C. and Ontario. However, it would be wonderful to have a national framework on injury prevention to enable the provinces to work collaboratively to further the cause of the important issues that affect us all, population health and health disparities. Seniors' issues are very important. Falls are a leading cause of death in the elderly. I know there is another Senate committee on aging.

I think we need to coordinate those levels as well. We have had discussions and deliberations on population health, but those issues affect aging and aging populations. What is intersectorally there, horizontally at the national level, but also connect to the

On a parlé de collaboration avec les provinces dans certains des domaines dans lesquels vous êtes vous-mêmes particulièrement engagés. Nous avons beaucoup perdu sur ce plan, ces derniers temps. Cela ressort-il de vos discussions avec les provinces? Sans ce lien avec les niveaux national et provincial, vous ne parviendrez pas à faire porter les efforts là où ils sont les plus nécessaires. Avez-vous des idées à exprimer à ce sujet et des conseils à nous donner? C'est comme un même fil que l'on retrouve dans presque tout ce que nous écoutons.

Mme Johnson : Je n'ai pas beaucoup d'années d'expérience dans le domaine de la santé publique des populations. Au cours de mes dix années de travail dans les trois provinces, j'ai eu la chance de participer à trois processus d'élaboration d'une stratégie : la Stratégie de prévention des maladies chroniques en Nouvelle-Écosse; la Stratégie d'immigration; j'ai aussi participé à la Stratégie de prévention des chutes et des blessures des aînés de la Saskatchewan en Nouvelle-Écosse. En tant que membre d'un comité de santé communautaire et du bureau de santé régional du district, j'ai aussi fait partie de Smoke-free Nova Scotia, la stratégie antitabac. J'ai constaté que si les autorités fédérales faisaient preuve de leadership en adoptant une stratégie nationale, cela encourageait vraiment les provinces à aller de l'avant et à faire plus d'efforts. La Stratégie canadienne intégrée en matière de modes de vie a poussé les provinces à prendre des initiatives dans le domaine des maladies chroniques et des questions connexes de saine alimentation dans les écoles, de promotion des activités chez les enfants et de création d'environnements plus sûrs, et cetera. Cela a permis de faire considérablement avancer le programme.

J'ai participé à des stratégies qui débutent au niveau provincial, mais il n'y a pas de leadership au niveau national. Je le constate en ce qui concerne les stratégies de prévention des blessures chez les personnes âgées. Nous en avons une en Nouvelle-Écosse, et je viens de participer à une réunion en Saskatchewan, province qui est elle-même en train d'élaborer une stratégie de prévention des blessures. La Colombie-Britannique a également une stratégie dans ce domaine.

Sans coordination nationale et cadre national, il est difficile de trouver cette continuité, de tirer des leçons du processus. En Nouvelle-Écosse, il était terriblement difficile d'obtenir des informations pour la stratégie. En Saskatchewan, nous étions un peu mieux placés grâce à ce que nous pouvions tirer des expériences de la Colombie-Britannique et de l'Ontario. Il serait cependant merveilleux d'avoir un cadre national de prévention des blessures qui permettrait aux provinces de collaborer pour promouvoir le traitement des importantes questions qui nous concernent tous, la santé de la population et les disparités en matière de santé. Tout ce qui concerne les aînés a beaucoup d'importance. Les chutes sont une des principales causes de décès chez les personnes âgées. Je sais qu'il existe un autre comité sénatorial sur le vieillissement.

Je pense qu'il faut que nous coordonnions également les niveaux. Nous avons eu des discussions et des délibérations au sujet de la santé de la population, mais ces questions affectent le vieillissement et les populations vieillissantes. Nous avons là une

provincial issues as well. It is important to have it both ways, but to have the national leadership is key.

Senator Fairbairn: Any thoughts from others on the issue of literacy?

[Translation]

Ms. De Koninck: The Canadian health system reflects Canada's values, and we know it is currently under pressure. All the policies, all the tax measures that support values of fairness — when I think of fairness, I include values that concern the definition of overall health — and all the policies and orientations that can be proposed at the federal level are always very useful in enabling the provinces to implement initiatives.

In closing, I would say that it is in Canada that the research is done. That is where the money is, and that is where the major decisions on research orientations are made. The provinces subsidize research, but the major public institutions, such as the Canadian Institutes of Health Research, play a decisive role. The messages that can be sent are very important.

[English]

Senator Fairbairn: Ms. Hills, in your efforts over time, has this learning and understanding issue among all levels of our society been one that you have had an opportunity to take a deeper look at?

Ms. Hills: Yes, and I would say that most of the work has been done by Mr. Irving Rootman, my colleague at the University of Victoria. There is some interesting work happening here with the Canadian Public Health Association; there has just been an expert panel reporting on literacy and health. It is quite interesting. Mr. Rootman was CIHR chair in the area of health literacy.

We have a particular interest, probably because of my background in nursing, in health literacy as opposed to health and literacy, literacy and health. We are just doing something right now through the Canadian Council on Learning. They have set up a number of knowledge hubs across the country. University of Victoria has established a learning hub on health and learning. One of the main areas, of course, is health and literacy and health literacy. We are taking up the initiative around health literacy and creating a documentation centre around how health literacy influences self-management in chronic disease prevention.

I think there is a lot of work in this important area. If you have not talked to Mr. Irving Rootman yet, he is someone you should talk to, because he is one of the leading researchers in this area in Canada.

structure intersectorielle, horizontale au niveau national, mais qui est également liée aux questions provinciales. Il est important d'avoir les deux, mais le leadership national demeure la clé.

Le sénateur Fairbairn : D'autres personnes ont-elles des idées sur la question de l'alphabétisation?

[Français]

Mme De Koninck : Le régime de santé canadien reflète les valeurs du Canada et on sait qu'il subit actuellement des pressions. Toutes les politiques, toutes les mesures fiscales qui soutiennent des valeurs d'équité, — quand je pense à équité, j'ajoute les valeurs qui concernent la définition de la santé globale — et toutes les politiques et orientations qui peuvent être proposées au fédéral sont toujours très utiles pour que les provinces puissent mettre en œuvre des initiatives.

Pour terminer, je dirais que c'est au Canada que se fait la recherche. C'est là qu'il y a l'argent et c'est là que se prennent les grandes décisions sur le plan des orientations de recherche. Les provinces subventionnent la recherche, mais les grandes institutions canadiennes publiques, comme par exemple les Instituts de recherche en santé du Canada, jouent un rôle déterminant. Les messages qui peuvent être envoyés sont très importants.

[Traduction]

Le sénateur Fairbairn : Madame Hills, dans le cadre des efforts que vous avez déployés, ce problème d'apprentissage et de compréhension à tous les niveaux de notre société est-il quelque chose qu'il vous a été possible d'étudier de manière plus approfondie?

Mme Hills : Oui, et je dirais que le gros du travail a été effectué par M. Irving Rootman, mon collègue à l'Université de Victoria. Des travaux intéressants se font ici à l'Association canadienne de santé publique; un groupe d'experts vient de présenter un rapport sur l'alphabétisation et la santé. Il est fort intéressant. M. Rootman était président des IRSC dans le domaine de la littératie en santé.

Probablement à cause de ma formation dans le domaine infirmier, nous nous intéressons particulièrement à la littératie en santé plutôt qu'à la santé et à l'alphabétisation, ou à l'alphabétisation et la santé. En ce moment, nous faisons précisément quelque chose par le biais du Conseil canadien sur l'apprentissage. Celui-ci a créé un certain nombre de carrefours du savoir dans tout le pays. L'Université de Victoria a créé un carrefour de la santé et de l'apprentissage. Un des domaines les plus importants, naturellement, est celui de la santé et de l'alphabétisation ainsi que de la littératie en santé. Nous prenons l'initiative dans le domaine de la littératie en santé et nous créons un centre de documentation sur la manière dont elle influence l'autogestion dans la prévention des maladies chroniques.

Je crois que beaucoup de travail se fait dans ce domaine important. Si vous n'avez pas encore parlé au M. Irving Rootman, vous devriez le faire, car c'est un des principaux chercheurs dans ce domaine au Canada.

Senator Fairbairn: Mr. Prial, have you anything to add?

Mr. Prial: Not to this topic.

The Chair: Ms. Johnson as I mentioned in the opening, our concept of dealing with this issue of population health is the provision of a basic health platform drawn from the 12 determinants of health, even though there may be more. On top of that platform, is the human life cycle and the capability of wiring that, so to speak, to connect the existing information systems.

You mentioned a very important area, which is at the beginning of the life cycle. You have the special interest in healthy children and girls. Our report will start with parenting, then maternal health, then early childhood development and we will continue on to deal with healthy populations through the life cycle. As you mentioned, aging is very important. I am deputy chair of the Special Senate Committee on Aging so there will be continuity.

I want you to come back to girls. One of the real health disasters we have in some areas of Canada is poor maternal health. Children are being born with physical, mental and emotional disabilities. We still have children having children in Canada. The reason parenting is discussed first is, I believe, we have an obligation to educate young girls. We need to empower girls to know that they have control over their destinies and their bodies. Many of them, particularly in the poorer areas, may not realize that.

I would like you to comment on what you are doing about that concern.

Ms. Johnson: I have not done any work in terms of parenting. However, what Nova Scotia and Saskatchewan were looking at healthy children. We are working with the neighbourhoods in terms of resources to be physically active, to have healthy eating through the school system, et cetera. Those are the activities that we are doing in Saskatchewan.

In Nova Scotia, as well, through Active Kids, Healthy Kids, a health-promoting schools initiative, those things are happening at the behavioural level. That initiative comes under the umbrella of the social determinants of health. We are ensuring it is accessible and available to all.

One project I did in Nova Scotia looked at the nutritional risks of pregnant mothers. We had a toolkit we had developed that used card-sorting activities as to the understanding of consumption. We found that low-income mothers, who were younger, were not eating as healthily as they should. However, it was not a question of just food and availability; it was a broader question of poverty, the education level and all the other social determinants that underpin and propel the issue forward.

Le sénateur Fairbairn : Monsieur Prial, avez-vous quelque chose à ajouter?

M. Prial : Pas sur ce sujet.

Le président : Madame Johnson, comme je l'ai dit au tout début, pour traiter cette question de la santé de la population, nous pensons que l'on devrait établir un programme de base à partir des 12 déterminants de la santé, même s'il y en a peut-être d'autres. Sur cette base, il y a le cycle de vie et la capacité d'établir d'une connexion, pour ainsi dire, avec les systèmes d'information existants.

Vous avez mentionné un domaine très important, au début du cycle de vie. Vous vous intéressez spécialement à la santé des enfants et des filles. Dans notre rapport, nous commencerons par le rôle parental, suivi de la santé de la mère, puis du développement des jeunes enfants, après quoi, nous passerons à l'examen des populations en bonne santé pendant tout le cycle de vie. Comme vous l'avez dit, la question du vieillissement est très importante. Je suis vice-présidente du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement; il y aura donc une continuité.

Je voudrais revenir à la situation des jeunes filles. La mauvaise santé des mères est une catastrophe dans certaines régions du Canada. Les enfants naissent avec des handicaps physiques, mentaux et émotionnels. Il y a encore des mères-enfants au Canada. La raison pour laquelle nous discutons d'abord du rôle parental est, je crois, que nous avons l'obligation d'éduquer les jeunes filles. Il est indispensable de les rendre autonomes pour qu'elles sachent qu'elles sont maîtresses de leur destinée et de leur corps. Beaucoup d'entre elles, en particulier dans les zones défavorisées, ne s'en rendent peut-être pas compte.

Je souhaiterais que vous me disiez ce que vous faites à ce sujet.

Mme Johnson : Je n'ai pas travaillé sur la question du rôle parental. La Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan s'intéressaient cependant aux enfants en bonne santé. Nous travaillons sur le plan local afin de trouver les ressources nécessaires pour que les gens demeurent physiquement actifs, pour qu'une saine alimentation soit donnée dans le système scolaire, et cetera. Voilà les activités que nous avons en Saskatchewan.

En Nouvelle-Écosse, également, grâce au programme scolaire de promotion de la santé, Active Kids, Healthy Kids (Jeunes en forme), c'est ce qui se produit au niveau du comportement. Ce programme est placé sous l'égide des déterminants sociaux de la santé. Nous faisons en sorte qu'il soit accessible et disponible pour tous.

En Nouvelle-Écosse, nous avons réalisé une étude sur les risques nutritionnels que courent les femmes enceintes. Nous avons créé une trousse comportant des jeux de cartes qui leur permettraient de comprendre ce qu'est la consommation alimentaire. Nous avons constaté que les mères à faible revenu, qui étaient plus jeunes, n'avaient pas une alimentation aussi saine qu'il l'aurait fallu. Ce n'était cependant pas une simple question de disponibilité des aliments; c'était une question plus générale de pauvreté, le niveau d'instruction et tous les autres déterminants sociaux qui sous-tendent et perpétuent le problème.

We need to work on the causes of the cause, which is repeated often, to understand the underlying causes. We need to provide more education opportunities and improve literacy. The social welfare system is another issue as well. We have done a couple of projects on affordability of food. The low-wage earners are not able to afford a healthy diet. That applies to pregnant mothers, as well; they are not able to afford a healthy diet for their own bodies or the development of their babies.

We need to look at it more multi-dimensionally as opposed to looking at parenting as consisting solely of being a bad parent and not eating the right food.

The Chair: Quite apart from the moral responsibility and the compassionate component, the economics of an unhealthy child are devastating. Some of them are born with disabilities they will carry throughout life, which may be a short life or one with reduced life expectancy. Regardless, during that life cycle, they will not have equal opportunities and they will be a tremendous burden on society.

Have you come across any information on the economics of unhealthy maternal situations and unhealthy children?

Ms. Johnson: I have seen a lot of literature on the consequences, such as the developmental issues, the social issues, and integration and being part and so on. However, I have not seen a lot on the economic consequences of early childhood development in terms of how much it costs and the additional burden to society.

We still rely on data such as life expectancy. Life expectancy does not tell us if a life is spent in good health or poor health. If the life expectancy is already compromised for those who did not have a good start in life, what portion of that is in good health and what portion is in poor health? Poor health is resource intensive and is a greater cost to the health care system.

There has been work among the elderly on that which shows that considerably high-percentage expenditure and health care access happens in the last 10 per cent of their lives; the expenditure rises quite a bit. However, I have not seen anything in children in that economic consequence part.

The Chair: Thank you.

[*Translation*]

Ms. De Koninck: You have raised an extremely important issue, the issue of children. That issue probably engages us to a high degree when we think of children.

Together with colleagues, we recently conducted studies on drug addict mothers, women who use drugs and become mothers. Among other things, these are women who give birth to children who are often exposed to tough conditions. What we found in our work is that the life histories of these young women could very

Il faut nous attaquer aux éléments de la cause, qui revient souvent, pour les comprendre. Il faut que nous offrions plus de possibilités d'éducation et améliorions le niveau d'alphabétisation. Le système de bien-être social est un autre problème. Nous avons réalisé deux ou trois études sur l'abordabilité des produits alimentaires. Les travailleurs à faible salaire n'ont pas les moyens de s'offrir un régime alimentaire sain. Cette constatation vaut aussi pour les femmes enceintes; elles n'ont pas les moyens d'avoir un régime alimentaire sain pour elles-mêmes et pour le développement de leurs bébés.

Il faut que nous examinions la question dans une perspective plus multidimensionnelle au lieu de considérer que le rôle parental se réduit à être un mauvais parent et à ne pas avoir l'alimentation appropriée.

Le président : En dehors de la responsabilité morale et de l'élément de compassion, les conséquences économiques de la mauvaise santé chez l'enfant sont désastreuses. Certains enfants naissent avec des handicaps qu'ils conservent toute leur vie; ils ont une vie qui peut être brève ou une expérience de vie peut-être réduite. Quoi qu'il en soit, au cours de leur vie, ils ne lutteront pas à armes égales et constitueront un énorme fardeau pour la société.

Avez-vous trouvé des informations sur les conséquences économiques d'une mauvaise santé chez les mères et chez les enfants?

Mme Johnson : J'ai vu beaucoup d'études sur leurs conséquences, notamment les problèmes de développement, les problèmes sociaux, les difficultés d'intégration, et cetera. Je n'ai cependant pas vu grand-chose sur les conséquences économiques du développement des jeunes enfants en ce qui concerne les coûts et la charge supplémentaire pour la société.

Nous continuons à nous appuyer sur des données telles que l'espérance de vie. Celle-ci ne nous dit pas si une personne a vécu en bonne santé ou en mauvaise santé. L'espérance de vie est déjà compromise pour ceux qui n'ont pas eu un bon départ dans la vie. Quel est le rôle de la bonne santé et celui de la mauvaise santé dans tout cela? La mauvaise santé s'accompagne d'un besoin important de ressources et coûte plus cher au système de soins de santé.

Les études faites sur les personnes âgées révèlent qu'une augmentation considérable des dépenses et du recours à des soins de santé au cours des 10 derniers pour cent de leur vie; les dépenses augmentent très sensiblement. Cependant, je n'ai rien vu en ce qui concerne les enfants.

Le président : Merci.

[*Français*]

Mme De Koninck : Vous soulevez une question extrêmement importante, soit la question des enfants. C'est probablement une question qui nous mobilise beaucoup quand on pense aux enfants.

Avec des collègues, nous avons récemment mené des études auprès de mères toxicomanes, donc des femmes qui consomment des drogues et qui deviennent mère. Entre autres, ce sont des femmes qui donnent naissance à des enfants qui vont souvent être exposés à des conditions difficiles. Ce que nous avons trouvé dans

well be explained by the fact that they use drugs. We came to the conclusion that this was the culmination of extremely difficult situations for the vast majority of them. A number of young women who start using drugs do so out of rebelliousness, but a very large number do so because they have had an extremely difficult childhood, spent in poverty, with violence and so on.

We always come back to the same question. If we could take action with families where there are these kinds of problems, these young women would not fall into substance abuse with all that entails. What is traumatic is that, when they have children — what is called “a key moment” — at the moment when they give birth, they often want to change their lives. They have hope, they suddenly see a child, someone they can take care of, whereas they have often been mistreated since childhood. However, we do not have available services; we do not invest enough to support these women so that they can take charge of their lives and raise their children properly. We know in advance that those children run a high risk of being placed elsewhere; so the cycle starts over.

As my colleague said, it is very important to change our approach to parenting. We must change our approach and look at the conditions in which people become parents and how we support them. A child who is born healthy, but is exposed to tough socio-economic conditions in the initial months, may be marked for life, even if the parents subsequently manage to do well. Colleagues from the Université de Montréal are doing research on that.

So we should always take this overall approach: children and their environment. A poor child has poor parents. So we look at the environment and we try to change the conditions if we want to avoid the poverty cycle and health problems.

[English]

Mr. Prial: I will mention research in Ontario conducted by the System-Linked Research Unit on Health and Social Service Utilization, which is affiliated with McMaster University. I do not know if you are familiar with that group. Although not specifically maternal and child health, a number of studies done seek to demonstrate the economic tradeoffs associated with the lack of provision of various other types of social supports. In particular, the benchmark study was *When the Bough Breaks*, published in 1999.

There have been subsequent studies. They have an interdisciplinary team, which includes a couple of professors of economics at McMaster who sought to do the analytics. Although the studies are small, because they like the notion of applying random controlled trials to social policy experimentation, they have a bit of rigour there that we have not seen in other areas. It is well worth looking at.

nos travaux, c'est que l'histoire de vie de ces jeunes femmes pouvait très bien expliquer le fait qu'elles consomment des drogues. On en est arrivé à la conclusion que c'était l'aboutissement de situations extrêmement difficiles pour la grande majorité d'entre elles. Un certain nombre de jeunes femmes qui commencent à consommer de la drogue le font par esprit rebelle, mais une très bonne partie le font parce qu'elles ont vécu des enfances extrêmement difficiles, dans la pauvreté, avec de la violence, et cetera.

On revient toujours à la même question. Si on pouvait agir auprès des familles où il y a de tels problèmes, ces jeunes femmes ne sombreraient pas dans la toxicomanie avec tout ce qui s'ensuit. Ce qui est dramatique, c'est que lorsqu'elles ont des enfants — ce qui s'appelle « un moment clé » —, au moment où elles donnent naissance, elles veulent souvent changer de vie. Elles ont de l'espoir, elles voient tout d'un coup un enfant, quelqu'un dont elles peuvent s'occuper alors qu'elles ont souvent été maltraitées depuis leur enfance. Cependant, on n'a pas les services disponibles, on n'investit pas assez pour soutenir ces femmes pour qu'elles puissent se prendre en charge et donner une bonne éducation à leurs enfants. On sait d'avance que ces enfants risquent fort d'être placés, alors on recommence le cycle.

Comme le disait ma collègue, c'est très important de changer notre approche par rapport au fait d'être parent. Il faut changer notre approche et regarder dans quelles conditions les gens deviennent parents et comment on les soutient. Par ailleurs, un enfant qui va naître en santé, mais qui est exposé, dans les premiers mois, à des conditions socio-économiques difficiles, même si après, les parents réussissent à s'en sortir, l'enfant peut avoir été marqué pour la vie. Des collègues de l'Université de Montréal font des travaux là-dessus.

Il faut donc toujours avoir cette approche globale : l'enfant et son milieu. Un enfant pauvre a des parents pauvres. Alors on regarde le milieu et on essaie de modifier les conditions si on veut éviter le cycle de la pauvreté et des difficultés sur le plan de la santé.

[Traduction]

M. Prial : Je mentionnerai la recherche en Ontario effectuée par l'Unité de la recherche liée aux systèmes sur l'utilisation des services de santé et du service social, qui est affiliée à l'Université McMaster. Je ne sais pas si vous connaissez ce groupe. Bien qu'elles ne portent pas spécifiquement sur la santé de la mère et de l'enfant, un certain nombre d'études s'efforcent de démontrer les compromis économiques liés à l'absence de prestation de divers autres types d'aide sociale. L'étude de référence sur ces questions est *When the Bough Breaks*, étude publiée en 1999.

Il y a eu d'autres études par la suite. Une équipe interdisciplinaire qui comprend deux professeurs d'économie de McMaster a tenté d'analyser les données. Bien qu'il s'agisse de petites études, leurs auteurs aiment utiliser l'application d'essais aléatoires mais contrôlés aux expériences dans le domaine de la politique sociale, si bien qu'elles témoignent d'une rigueur que nous n'avons pas rencontrée ailleurs. L'étude faite par cette équipe mérite largement d'être consultée.

The Chair: Thank you all very much. Unfortunately, our time is up, but the good news is there is a free lunch just outside the door. Thank you, honourable senators and panel.

The committee adjourned.

OTTAWA, Wednesday, June 11, 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, and witnesses, we have a quorum and we are duly structured so we can proceed, even in the face of some of the break from routine that occurred this afternoon. We are here and ready to go.

We have, first, with us the Honourable Carolyn Bennett, the former Minister of State for Public Health and, indeed, someone whom I have known for a very long time.

From the University of Alberta, Deanna Williamson, Associate Professor, Department of Human Ecology, University of Alberta.

Perhaps Dr. Bennett, we could hear from you first.

[*Translation*]

The Honourable Carolyn Bennett, P.C., M.P., former Minister of State (Public Health, as an individual): Mr. Chairman, it is truly a pleasure to have been invited to come and contribute to the important work of this committee.

[*English*]

As a family doctor, I experienced what Sir Michael Marmot has so brilliantly described as the worst thing that can happen to a physician: to patch people up and send them straight back into the condition that made them sick in the first place. Whether that was seniors in lace curtain poverty, or whether it was asthmatic children living near a coal-fired generator, or an injured worker with post-traumatic stress who is still dealing with the old-fashioned compensation system that deals with an impairment model instead of the modern international classification of function, the social determinants of health were part of my everyday life as a family physician.

Le président : Merci beaucoup. Nous sommes malheureusement à court de temps, mais ce qu'il y a de bon, c'est qu'un déjeuner gratuit nous attend derrière cette porte. Merci, honorables sénateurs et participants.

La séance est levée.

OTTAWA, le mercredi 11 juin 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 examiner les multiples facteurs et conditions qui influent sur la santé de la population canadienne, facteurs que l'on désigne sous l'appellation générique de déterminants de la santé, avant de faire rapport sur la question.

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

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs, chers témoins, comme nous avons le quorum et que nous sommes dûment constitués, nous pouvons commencer. Malgré les événements qui ont quelque peu perturbé nos habitudes cet après-midi, nous sommes ici et prêts à travailler.

Nous accueillons, tout d'abord, l'honorable Carolyn Bennett, ancienne ministre d'État à la Santé publique, que j'ai la chance de connaître depuis fort longtemps.

De l'Université de l'Alberta, nous recevons Deanna Williamson, professeure associée, Faculté d'écologie humaine.

Peut-être pourriez-vous commencer, docteure Bennett.

[*Français*]

L'honorable Carolyn Bennett, C.P., députée, ex-ministre d'État (Santé publique, à titre personnel) : Monsieur le président, c'est vraiment un plaisir d'être invitée ici pour contribuer aux travaux importants de ce comité.

[*Traduction*]

Dans ma pratique de médecine familiale, j'ai vécu ce que Michael Marmot a si justement qualifié de pire chose qui puisse arriver à un médecin : remettre les gens sur pied et les renvoyer directement vivre dans les conditions qui les ont rendus malades au départ. Qu'il s'agisse de personnes âgées vivant dans la pauvreté, d'enfants asthmatiques habitant près d'une centrale au charbon, ou encore d'un travailleur victime du syndrome de stress post-traumatique qui doit encore composer avec l'ancien système d'indemnisation fondé sur un modèle d'incapacité, plutôt qu'avec le nouveau régime de classification internationale du fonctionnement, les déterminants sociaux de la santé font partie du quotidien de tous les médecins de famille.

I am proud to have come from Women's College Hospital, who with the activists there and the women's health movement have long understood that the role of property, violence, the environment, shelter, equity and education were all part of keeping people well.

[Translation]

In my current role as critic for public health, seniors, disabilities and the social economy, wherever I go people are excited not only about the existence of this committee and its important work, but also about the prospect of the report having a fundamental impact on the future of health and health care in Canada.

[English]

I say health and health care because too often when we say "health" people think of the sickness care system. I hope your committee will play an important role in changing the language from health care to systems, to systems for health.

From the beginning of medicare, Tommy Douglas had two goals: That all Canadians would get the care they needed when they needed it, but, secondly, that it would also help people to keep well, not just patch them up when they get sick. Somehow we lost our way through our fascination with the "repair shop" side and fell into what the public health community refers to as the "tyranny of the acute."

As you and your committee well know, dealing with the social determinants of health will be essential to the ultimate sustainability of our most cherished social program.

In order to keep my remarks brief, I have included my introduction to Denis Raphael's new edition of the Social Determinants of Health that will come out this fall, and also the slide presentation from my presentation at the conference of the International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) last June. In both of those presentations you will find my quiz, which I have found quite useful in changing the language.

As we all know, as soon as we talk about social determinants of health the whole room will glaze over. What I found is that, if we use the quiz, and some of the slides you will see in the IUHPE presentation, it can start to change the dynamics of how Canadians can help us with this project by pulling healthy public policy at the same time as we are trying to push it.

The first question is: Do you want a strong fence at the top of the cliff, or do you want a state-of-the-art ambulance and paramedic service at the bottom?

Would you prefer clean air, or would you prefer puffers and respirators for all?

Je suis fière de mes antécédents au Women's College Hospital dont les activistes, notamment dans le cadre du mouvement pour la santé des femmes, ont compris depuis longtemps que la pauvreté, la violence, l'environnement, l'accès à des refuges, l'équité et l'éducation sont autant de facteurs qui influent sur le bien-être des gens.

[Français]

En tant que porte-parole pour les questions relatives à la santé publique, les aînés, les personnes handicapées et l'économie sociale, je sais d'expérience que les gens se réjouissent non seulement de l'existence de ce comité et de ses travaux importants, mais aussi de l'influence éventuelle de ce rapport sur l'avenir de la santé et des soins de santé au Canada.

[Traduction]

Je fais bien la distinction entre santé et soins de santé car, trop souvent, lorsque nous parlons de « santé », les gens pensent au système de soins aux malades. J'ose espérer que votre comité pourra jouer un rôle important dans l'évolution de la terminologie pour que l'on parle de systèmes pour la santé, plutôt que de système de soins de santé.

Dès l'instauration du régime public d'assurance-maladie, Tommy Douglas visait deux objectifs : faire en sorte que tous les Canadiens obtiennent les soins dont ils ont besoin en temps opportun, mais aussi aider les gens à rester en bonne santé, plutôt que simplement les remettre sur pied lorsqu'ils sont malades. D'une manière ou d'une autre, nous avons succombé à notre fascination pour l'aspect « atelier de réparation » et avons sombré dans ce que les intervenants en santé publique appellent la « tyrannie des soins actifs ».

Comme vous le savez tous très bien, la prise en compte des déterminants sociaux de la santé est essentielle à la viabilité de notre programme social le plus précieux.

Question d'abrégier ma déclaration, je vous ai fourni ma préface à la nouvelle édition de l'ouvrage de Denis Raphael sur les déterminants sociaux de la santé qui sera publiée cet automne, ainsi que les diapositives de ma présentation lors de la conférence de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES) en juin dernier. Dans ces deux documents, vous retrouverez mon questionnaire, un outil que j'estime fort utile pour changer la terminologie.

Nous le savons tous; dès qu'il est question de déterminants sociaux de la santé, toutes les personnes présentes prennent un air absent. J'ai pu constater qu'en utilisant mon questionnaire ainsi que quelques-unes des diapositives que vous verrez dans ma présentation à l'UIPES, on commence à changer la manière dont les Canadiens peuvent nous aider à faire avancer cette cause en exigeant des politiques publiques davantage axées sur la santé pendant que nous exerçons des pressions en ce sens de notre côté.

Voici la première question : croyez-vous que nous devrions avoir une solide clôture au sommet de la falaise, ou encore un parc d'ambulances modernes et des ambulanciers en poste en bas?

Préféreriez-vous de l'air pur, ou encore suffisamment de pompes et de respirateurs pour tous?

Would you prefer that wait times were reduced by a falls program to reduce preventable hip fractures, or private orthopaedic hospitals and lots more surgeons?

Should we invest in early learning and child care, literacy, the early identification of learning disabilities and bullying programs, or should we increase the budget for the incarceration of young offenders?

Should we assume that the grey tsunami will bankrupt our health care system, or should we include our aging population in the planning of strategies to keep them well?

Is the best approach to food security food banks and vouchers, or income security, affordable housing, community gardens, community kitchens and a national food policy?

Pick the one that is not correct: This was one of my favourites as minister. Pandemic preparedness should focus on Tamiflu for all, or working with the vets to keep avian flu a disease of the birds, or making sure people wash their hands, especially the doctors and nurses, or research on vaccines; community care plans for our most vulnerable?

Governments should boast about how much they spend on the sickness care system, or the health of their citizens, leaving no one behind.

I know all members of the committee just got 100 per cent.

I have also included a speech I gave last year, with the help of the Library of Parliament, to the EU meeting on health in Gastein, Austria, which outlines the economic arguments for investments in health that identified things such as the fact that smog days in Ontario alone cost \$1 billion a year.

I have included a presentation that I am having fun with now, on the "Grey Tsunami? Not," which shows how we can do integrated policies to ensure that our aging population stays above the disability line as the WHO has described in its active aging policies.

I believe you have asked me here mainly to discuss the work we had begun when I was minister, and the work that clearly still needs to be done. I remember when Paul Martin called me to ask me to join his cabinet in December 2003, as the first Minister of State for Public Health in the wake of the SARS outbreak. I remember immediately reminding him that this could not be just

Préféreriez-vous que les temps d'attente soient réduits grâce à un programme de prévention des chutes pour réduire le nombre de remplacements de hanches, ou encore grâce à des hôpitaux privés de soins orthopédiques et davantage de chirurgiens?

Devrions-nous investir dans l'apprentissage, la garde, l'alphabétisation et le dépistage des troubles d'apprentissage chez les jeunes enfants ainsi que dans les programmes contre l'intimidation, ou encore augmenter le budget pour l'incarcération des jeunes contrevenants?

Devrions-nous croire que le « tsunami gris » ruinera notre système de santé, ou encore tenir compte de la population vieillissante dans des stratégies visant à en garantir le bien-être?

La meilleure approche concernant la sécurité alimentaire réside-t-elle dans les banques et bons alimentaires, ou encore dans la sécurité financière, le logement abordable, les jardins et cuisines communautaires et une politique alimentaire nationale?

Lequel des énoncés suivants est incorrect? C'était l'une de mes questions favorites lorsque j'étais ministre. Les préparatifs en vue d'une pandémie doivent être axés sur la distribution de Tamiflu à tous; une collaboration avec les vétérinaires pour que la grippe aviaire demeure une maladie d'oiseaux; la mise en œuvre de mesures pour obliger les gens à se laver les mains, en particulier les médecins et les infirmières; la recherche sur les vaccins; ou une planification communautaire des soins destinés aux plus vulnérables.

Les gouvernements devraient-ils se vanter du budget consacré au système de soins aux malades, ou encore de la santé de leurs citoyens et du fait que personne n'est laissé pour compte?

Je suis persuadée que tous les membres du Comité ont obtenu une note parfaite.

J'ai également inclus le texte d'une allocution que j'ai prononcée l'an dernier, avec l'aide de la Bibliothèque du Parlement, à la conférence de l'Union européenne sur la santé qui s'est tenue à Gastein, en Autriche. J'y expose les arguments économiques en faveur d'investissements dans la santé, en mettant en lumière des éléments comme les coûts d'un milliard de dollars par année qu'entraînent les journées de smog en Ontario seulement.

Vous trouverez aussi dans la documentation les diapositives d'un exposé que j'ai beaucoup de plaisir à présenter actuellement et qui s'intitule « Le tsunami gris? Non ». J'y explique comment nous pouvons appliquer des politiques intégrées pour veiller à ce que notre population vieillissante demeure au-dessus du seuil d'invalidité établi par l'OMS dans ses politiques pour un vieillissement actif.

Je crois que vous m'avez surtout invitée ici pour que je vous parle du travail que j'ai amorcé lorsque j'étais ministre et du chemin qu'il reste encore à faire de toute évidence. C'est dans la foulée de la crise du SRAS que Paul Martin m'a appelée en décembre 2003 pour me demander de joindre les rangs de son cabinet en tant que première ministre d'État à la Santé publique.

about infectious disease and that my job would have to include the other epidemics of cancer, diabetes and heart disease.

Early on as minister, I realized that there were divides even within the population health and public health community. One camp focused mainly on getting people to make healthier choices. The other camp pretty well boiled down to the issue that “it’s poverty, stupid.”

In trying to explain that we needed both systems, one day on a boarding pass I scribbled a tree with the root system being the social determinants of health, the trunk being the modifiable risks and the branches being the health outcomes. Everywhere I went as minister; people gave advice to my tree: more root system, more risk factors, more different outcomes, but it was Bill Mussell from the Aboriginal Mental Health Association who helped it come together for me.

If you see on my tree that this ground system here explains so much. It seems that the social determinants of health affect the ground, which means people’s resistance, their sense of control and self-esteem, their sense of personal cultural identity. Out of that ground come the choices they make in health, in terms of eating, exercise, and use of alcohol and drugs.

I was grateful to the chief medical officers of health, who asked me to change this from an apple tree whose leaves would come off every fall, to this beautiful Georgian Bay pine tree. As you know, in Georgian Bay the west wind shapes the pine, so we had no branches on the west side for the things we do not want, and we had luscious, big branches on the east side for the things that we do want.

We used an earlier version of this tree, and you will see it, in the workbooks for the health goals for Canada. You can see the evolution of the tree because the one that is in the workbook has a lot less of this and a lot less of this and a lot less of these as we continued to involve citizens in getting this tree just right.

At the first ministers’ meeting in September 2004, we were thrilled that the whole of the Tuesday evening discussion was dedicated to public health and prevention. It was really inspiring to hear the first ministers of this country talking about everything from railings for seniors, to poverty, to the kinds of things they knew would make a difference. The communiqué committed all governments.

[Translation]

Governments commit to accelerate work on a pan-Canadian Public Health Strategy. For the first time, governments will set goals and targets for improving the health status of Canadians

Je me souviens de lui avoir rappelé dès le départ que mon travail ne se limiterait pas aux maladies infectieuses, mais qu’il inclurait également d’autres épidémies comme celles du cancer, du diabète et des maladies cardiaques.

Dès mes premiers pas comme ministre, je me suis rendu compte qu’il y avait des dissensions, même parmi les intervenants en santé de la population et santé publique. L’un des camps s’employait principalement à amener les gens à faire de meilleurs choix pour leur santé. Pour l’autre camp, la situation semblait se résumer à une simple question de pauvreté.

En essayant d’expliquer que nous avions besoin des deux systèmes, j’ai griffonné un jour sur une carte d’embarquement le croquis d’un arbre. Les déterminants sociaux de la santé formaient son réseau de racines; les risques modifiables en constituaient le tronc; et ses branches correspondaient aux résultats visés en matière de santé. Toutes les fois que je me rendais quelque part dans mes fonctions de ministre, des gens me faisaient des suggestions concernant mon arbre. On proposait des ajouts au système de racines, aux facteurs de risque et aux types de résultats, mais c’est Bill Mussell de l’Aboriginal Mental Health Association qui m’a aidée à mettre de l’ordre dans tout cela.

En regardant mon arbre, on constate que son système de prise au sol fait foi de tout. Il semblerait donc que les déterminants sociaux de la santé influent sur la qualité du sol, c’est-à-dire sur la résilience des gens, leur sentiment de maîtrise et d’estime de soi, et leur confiance dans leur identité personnelle et culturelle. C’est sur ce sol que reposent leurs choix en matière de santé pour ce qui est de l’alimentation, de l’exercice et de la consommation d’alcool et de drogues, notamment.

Je dois remercier les médecins hygiénistes en chef qui m’ont demandé d’utiliser ce magnifique pin de la Baie Georgienne, plutôt qu’un pommier qui perdrait ses feuilles à l’automne. Comme vous le savez, les vents dominants de l’Ouest font en sorte que les pins de la Baie Georgienne n’ont pas de branches du côté Ouest, ce qui représente les éléments que nous ne voulons pas, et de belles grosses branches du côté Est pour toutes ces choses que nous souhaitons.

Dans les cahiers de consultation pour les objectifs de santé pour le Canada, vous pourrez voir la version antérieure de cet arbre que nous avons utilisée. Vous pourrez constater à quel point il a évolué grâce à la contribution des citoyens que nous avons continué à solliciter pour peaufiner cet outil.

À la rencontre des premiers ministres tenue en septembre 2004, toute la discussion de la soirée du mardi a été consacrée à la santé publique et à la prévention. Nous en étions ravis, car il était vraiment inspirant d’entendre les premiers ministres de ce pays parler d’éléments comme des rampes pour les aînés, la pauvreté et toutes ces mesures qu’ils estimaient aptes à améliorer les choses. Le communiqué émis à cette occasion est devenu un engagement de la part de tous les gouvernements canadiens.

[Français]

Les gouvernements s’engagent à accélérer l’élaboration d’une stratégie pancanadienne pour la santé publique. Pour la première fois, ils établiront des buts et des cibles pour améliorer l’état de

through a collaborative process with experts. The Strategy will include efforts to address common risk factors, such as physical inactivity, and integrated disease strategies. First Ministers commit to working across sectors through initiatives such as Healthy Schools.

[English]

In the following year, we were able to set up the public health network for Canada in which all 13 jurisdictions could plan public health together under the leadership of Dr. Perry Kendal from British Columbia and Dr. David Butler-Jones. We dedicated \$300 million in the 2005 budget for an indicated disease strategy and set up six collaborating centres for the challenging areas of the environment, Aboriginal peoples, infectious disease, new tools, how to get healthy public policy for the Province of Quebec, and the Atlantic provinces came together in a collaborating centre on health inequities. Then we moved on to do the process for the public health goals for Canada.

In December 2005, all 10 provincial and three territorial ministers of health approved the health goals for Canada and from there on I have to say I have been pretty sad. I am saddened that there has been very little action on these files since the election of the Conservative government.

In the parliamentary review of the 10-year plan for health, the Liberal supplementary opinion, which will be tabled on Friday, will articulate that even in the communiqué at the 2004 meeting, under prevention, early learning and child care was number one, and that this government immediately cancelled the plan, even though the agreements had been signed with the provinces.

The commitment to further collaboration in terms of coordinated responses has really been carried out by the public health network, by the chief medical officers of health, but we have seen little support from the government itself to be able to move forward on these. Even on the national immunization strategy, that instead of waiting for the cooperation of the interprovincial body that is supposed to determine these, or to renew the four vaccines that that body had committed to, the government went outside the process to fund the vaccine, as important as it is, in terms of cervical cancer. It went outside the collaborative model that had been set up because of David Naylor's very specific instructions to us after SARS on the four Cs of collaboration, cooperation, communication and clarity of who does what when.

santé de la population canadienne en s'alliant à des experts. Cette stratégie inclura des activités touchant des facteurs de risque communs comme l'inactivité physique ainsi que des stratégies intégrées de lutte contre les maladies. Les premiers ministres s'engagent à travailler dans divers secteurs au moyen d'initiatives comme Écoles en santé.

[Traduction]

Au cours de l'année qui a suivi, nous avons pu mettre en place un réseau de santé publique pancanadien pour permettre une planification conjointe par les 13 gouvernements sous la direction du Dr Perry Kendal de la Colombie-Britannique et du Dr David Butler-Jones. Dans le budget de 2005, nous avons consacré 300 millions de dollars à une stratégie intégrée de prévention des maladies chroniques et mis sur pied six centres de collaboration pour les questions liées à l'environnement, à la santé des Autochtones, aux maladies infectieuses, aux nouveaux outils de santé publique, à la prise en compte des questions de santé dans les politiques publiques pour la province de Québec, et aux iniquités en matière de santé dans le cadre d'un effort collectif des provinces de l'Atlantique. Nous avons ensuite amorcé le processus d'établissement des objectifs de santé publique pour le Canada.

En décembre 2005, les 10 ministres provinciaux de la santé et leurs trois homologues territoriaux ont approuvé les objectifs de santé pour le Canada, mais je dois vous dire qu'il n'y a guère de raisons de se réjouir depuis. Je regrette beaucoup l'inaction quasi complète dans ces dossiers depuis l'élection du gouvernement conservateur.

Dans le cadre de l'examen parlementaire du plan décennal pour consolider les soins de santé, l'opinion complémentaire du Parti libéral, qui sera déposée vendredi, précisera que le communiqué diffusé à l'issue de la rencontre de 2004 plaçait l'apprentissage des jeunes enfants et les services de garde au rang des priorités en matière de prévention, mais que le gouvernement actuel avait immédiatement annulé le plan, même si des ententes ont été signées avec les provinces.

Dans les faits, l'engagement en faveur d'une collaboration plus soutenue dans la recherche de solutions coordonnées a été concrétisé par le réseau de santé publique et les médecins hygiénistes en chef, et ceux-ci n'ont eu droit qu'à très peu de soutien de la part du gouvernement lui-même pour faire avancer ces dossiers. Même en ce qui a trait à la stratégie nationale d'immunisation, plutôt que d'attendre la contribution de l'instance interprovinciale censée prendre des décisions à ce chapitre, ou que de renouveler les quatre vaccins à l'égard desquels cette instance avait pris des engagements, le gouvernement a agi en marge du processus pour financer un vaccin, par ailleurs extrêmement important, contre le cancer du col de l'utérus. Le gouvernement a fait fi du modèle de collaboration établi dans la foulée des directives très précises formulées par David Naylor à la suite de la crise du SRAS en s'appuyant sur la formule des quatre C, à savoir la collaboration, la coopération, la communication et la clarté quant au rôle de chacun.

Unfortunately, even though we had set up all the foundation to develop a public health strategy, I guess the thing that is saddest for me is that you cannot move forward if you do not know where you are going. Part 2 of the health goals process, and this was committed to in the communiqué in the 2004 first ministers' meeting, was to go on to develop real indicators and real targets. Only with indicators and targets can you develop real strategies of what, by when and how, like Tony Blair did in the first year that he became Prime Minister.

It has been very disappointing that without this collaborative process for indicators and a collaborative process with experts and providers as to what would be meaningful targets — you cannot just pull targets out of the air and expect everyone to get on side, they have to be realistic — the work has completely stopped on this.

I am extraordinarily disappointed that the \$300 million that we carved out for an integrated disease strategy that would go to things like healthy schools and things that cross the government departments, went back to the old-fashioned way of disease by disease with one disease getting more than nine tenths of it. It is a bit disappointing that we seem to have slid back a bit.

If I go to the things that I think we could do or that I would like to see you explore in terms of the way forward, I would very much like to see that we could move forward, number one, on measurement.

When I was in Scotland last year and met with the former minister of health there, Andy Kerr, I cannot tell you how jealous I was to see that he had health outcomes down to postal code. I cannot tell you how jealous I was that everyone in Scotland has a family doctor. He was therefore able to have the family doctors in the neighbourhoods with the poorer outcomes write a letter to their patients, ask them to come to a health fair and put in place interventions around blood pressure and lipids, all of these things. And also all the things we have talked about that are more social determinants. He was already, as their government fell, being able to see the incidents of these kinds of interventions going down.

New York State now has haemoglobin A1Cs as a reportable disease. They feel that even though it is not an infectious disease, there is a social contagion to it. So you can provide the interventions as though it was an infectious disease, to be able to turn around this epidemic that means this generation of children will not live as long as their parents.

We have to move to much better epidemiological data and I think we are trying. Maybe it will be a beginning in terms of what we have been studying at the health committee in the House of

Nous avons pourtant jeté toutes les bases requises pour développer une stratégie en matière de santé publique, mais je dirais que la chose qui m'attriste le plus c'est l'impossibilité d'aller de l'avant lorsqu'on ne sait pas quelle direction on doit prendre. Toujours conformément à l'engagement pris dans le communiqué de 2004 à l'occasion de la rencontre des premiers ministres, la deuxième étape consistait à établir des indicateurs et des objectifs concrets. En l'absence d'indicateurs et d'objectifs semblables, il est impossible d'élaborer de véritables stratégies pour savoir ce qui doit être réalisé, à quel moment et de quelle façon, comme Tony Blair l'a fait l'année où il est devenu premier ministre.

Il est très décevant de constater que, faut d'un processus de collaboration pour l'établissement d'indicateurs et d'un mécanisme de consultation auprès des experts et des fournisseurs pour fixer des objectifs significatifs — on ne peut tout de même pas espérer rallier tout le monde avec des objectifs sortis de nulle part; ils doivent être réalistes — le travail a été complètement arrêté dans ce dossier.

Je trouve tout à fait déplorable que les 300 millions de dollars que nous avons réservés pour une stratégie intégrée de prévention des maladies, qui auraient pu aller à des projets comme des écoles axées sur la santé et des initiatives pangouvernementales, ont été récupérées au profit du mode traditionnel d'intervention une maladie à la fois, l'une d'elles obtenant plus de 90 p. 100 des fonds. Il y a lieu de regretter le pas en arrière que l'on semble avoir fait à cet égard.

Pour ce qui est des possibilités qui s'offrent à nous ou des sujets que je souhaiterais vous voir explorer quant aux perspectives d'avenir, j'aimerais énormément que nous puissions réaliser des progrès quant à nos outils de mesure.

Lorsque j'ai rencontré en Écosse l'an dernier l'ancien ministre de la santé écossais, Andy Kerr, je ne pourrais pas vous dire à quel point je l'enviais quand il m'a dit qu'il pouvait compter sur des données en matière de santé allant jusqu'à une répartition en fonction des codes postaux. Je mourais également de jalousie en apprenant que tout le monde en Écosse à un médecin de famille. Il lui a donc été possible de demander aux médecins de famille des secteurs ayant les revenus les plus faibles d'écrire à leurs patients pour les convier à un salon d'information sur la santé en plus de mettre en place, entre autres, des interventions pour la tension artérielle et le gras corporel. Sans compter tous ces éléments dont nous avons parlé qui sont davantage du côté des déterminants sociaux. Lorsque son gouvernement a été défait, il était déjà en mesure de constater les effets de ces interventions.

L'État de New York a maintenant désigné l'hémoglobine A1c parmi les maladies à déclaration obligatoire. Les autorités locales estiment que même s'il ne s'agit pas d'une maladie infectieuse, il y a un aspect social de contagion à considérer. Il est donc possible de mettre en œuvre les interventions comme s'il s'agissait d'une maladie infectieuse afin de pouvoir contrer cette épidémie qui pourrait empêcher la génération actuelle d'enfants de vivre aussi longtemps que leurs parents.

Nous devons grandement améliorer les données épidémiologiques à notre disposition et je crois que nous faisons des efforts en ce sens. À la lumière des travaux que nous menons

Commons, to use something like post-market surveillance. If you think of electronic prescribing, consider the different mapping we would get if a doctor just had to type in the diagnosis with the same prescription as on the prescription pad. We would actually start to generally map out things more easily than we are now. Then, again, we have to encourage the physicians to help us get better at epidemiological data than just the billing data that we are dealing with right now.

I see Dr. Cordell Neudorf here, who I was going to boast about anyway. We know that if picture is worth a thousand words, a map is worth a thousand pictures. Because of the core value of Canadians around fairness, if you can take the health outcomes and be able to map the places that are doing well and those that are not doing so well, you can start to justify, as politicians, interventions in those areas. Dr. Neudorf is doing this brilliantly in Saskatoon. You will learn about his plan in terms of a real action plan on improving outcomes and on poverty.

We think it is very important that we go forward on the business of choosing the indicators and targets. I think that Canadians understand, from smog days to the percentage of families spending more than 50 per cent of their income on rent — we know that if you are spending 50 per cent of your income on rent there is probably not much food in the fridge. I think that when you get to pick the targets together, then we go to this brilliant part of our federal system. You articulate the strong common purpose and then respect the local wisdom and get the local knowledge to get it done province by province, territory by territory and community by community.

It is, I think, also very important that we talk about structure. The structure right now in terms of all the silos has got us into trouble and I am sure you have heard that many times. There has always been understanding that interdepartmental committees can work to a certain degree. What we learned the hard way is that unless there are cabinet committees that the department has to prepare the minister for, things do not happen.

Working horizontally is so important, as we have seen in several areas. Take the children's committee in Manitoba, or the poverty committee here in Ontario led by Deb Matthews. Again, Paul Martin chaired the Aboriginal affairs committee of cabinet that all of us had to prepare to go to that actually brought us the Kelowna Accord. Stéphane Dion chaired the sustainable development committee of cabinet where before, Industry Canada, Natural Resources Canada and Environment Canada were all feuding departments with different plans. If you have a

au sein du comité de la santé de la Chambre des communes, cela pourrait commencer par l'utilisation d'outils comme la surveillance post-commercialisation. Si vous pensez aux prescriptions électroniques, imaginez à quel point la situation serait différente si le médecin n'avait qu'à inscrire le diagnostic pour obtenir la même prescription qu'il établit actuellement à la main. Nous pourrions alors vraiment commencer à avoir une idée beaucoup plus claire de la répartition des cas. Encore là, nous devons encourager les médecins à nous aider à obtenir de meilleures données épidémiologiques que les simples chiffres de facturation auxquels nous avons droit actuellement.

Je constate que le Dr Cordell Neudorf est des nôtres aujourd'hui, mais j'allais vanter son travail de toute manière. Nous savons que si une image vaut mille mots, une carte vaut mille images. Comme l'équité est une valeur fondamentale chère au cœur des Canadiens, si nous pouvions établir une carte des résultats en matière de santé pour savoir qui s'en tire le mieux et qui sont les plus mal en point, il serait plus facile pour nous, politiciens, de justifier nos interventions dans ces secteurs. Le Dr Neudorf y parvient brillamment à Saskatoon. Il vous parlera sûrement de son plan d'action concret pour améliorer les résultats en santé et lutter contre la pauvreté.

Nous estimons très important d'aller de l'avant dans le choix des indicateurs et des objectifs à atteindre. Je pense que c'est une chose que les Canadiens sont en mesure de comprendre, qu'il s'agisse de jours de smog ou de la proportion de familles dépensant plus de 50 p. 100 de leur revenu pour se loger — nous savons qu'en pareil cas, le réfrigérateur risque d'être fort dégarni. Selon moi, le choix conjoint des objectifs à atteindre illustre bien tout l'aspect brillant de notre système fédéral. Vous définissez des buts communs bien établis avant de vous fier à la sagesse des autorités locales qui puisent à même l'expertise disponible sur place pour concrétiser le tout province par province, territoire par territoire et collectivité par collectivité.

Je pense qu'il est également très important de parler de structure. Tous les silos que comporte la structure actuelle nous posent bien des difficultés; je suis certaine que je ne suis pas la première à vous le dire. On a toujours présumé que les comités interministériels pouvaient produire des résultats dans une certaine mesure. Nous avons toutefois appris à nos dépens que rien ne se concrétise sans l'apport de comités du Cabinet auquel les ministres participent après avoir été préparés par leurs collaborateurs.

Comme nous avons pu le voir dans bien des secteurs, le travail horizontal est très important. Il suffit de penser au comité sur les enfants au Manitoba ou à celui sur la pauvreté ici en Ontario, sous la direction de Deb Matthews. À l'époque, nous devions tous nous préparer à participer aux réunions du Comité du Cabinet sur les affaires autochtones, sous la présidence de Paul Martin, un processus qui nous a menés à l'accord de Kelowna. Pour sa part, Stéphane Dion a présidé le Comité du Cabinet sur le développement durable alors que trois ministères, Industrie

cabinet committee where you actually have to thrash out a consensus, I think that is the way you will move forward.

I commend to you the report we did with John Williams on societal indicators for use of parliamentarians. We looked at models like in Alberta and in Newfoundland about whole-of-government measuring and how if governments are responsible for whole-of-government outcomes, as opposed to just ministerial accountability down the silos, we would go a long way to helping Canadians understand that decreasing a smoking rate, like we have over the years from 31 per cent to 19 per cent, is as important an indicator as the GDP.

Based on the work of that committee, I think the role of Parliament in bringing together different departments, and a better role for Parliament in terms of horizontality, would be very important. We found that at the disability committee where we were able to call 13 departments or commissions who were quite surprised they had anything to do with disability in their department. It is therefore also important that if we examine these structures we begin the work on process.

I believe all of us have been heartened by the work of Finland in their "Health In All Policies." Article 54 in Quebec means every bill, every private member's business, every memorandum to cabinet, and every budget submission, must undergo a health impact analysis. Governments may still make the same decision, but at least they were warned that this would actually increase the invoice on the health care side.

I think the last resource is going to be people, and it will be increasingly important that we plan for the human resources that can work together to achieve true systems for health, as opposed to just health care systems. Here in Ottawa, when you see some of the community health centres that have community gardens and community kitchens and people who can run the interference, or if you look to Quebec's l'Économie Sociale, in true economic development approaches to community, we should be better able to support true bottom-up approaches that are about keeping people well.

There is no question we have to have a comprehensive food policy in Canada. We need healthy, nutritious food grown close to home that includes agriculture, fishery, industry, food security, food protection, ethical practices in international trade,

Canada, Ressources naturelles Canada et Environnement Canada, s'affrontaient auparavant pour faire valoir leurs plans respectifs. J'estime qu'un comité du Cabinet nous obligeant à dégager un consensus est la meilleure façon de faire avancer les choses.

Je vous recommande le rapport concernant les indicateurs sociaux que nous avons produit avec John Williams à l'intention des parlementaires. Nous avons examiné des modèles comme ceux de l'Alberta et Terre-Neuve qui utilisent des mesures pangouvernementales. On peut ainsi voir que lorsque les gouvernements sont responsables des résultats dans une perspective globale, de préférence à la simple responsabilité des ministères dans les différents silos, il peut devenir beaucoup plus facile d'aider les Canadiens à comprendre que la réduction du taux de tabagisme, qui est passé de 31 p. 100 à 19 p. 100 au fil des ans, est un indicateur tout aussi important que le PIB.

À la lumière du travail accompli par ce comité, je constate toute l'importance que pourrait avoir le rôle du Parlement dans la mobilisation des différents ministères aux fins d'une plus grande efficacité horizontale. Au comité sur la condition des personnes handicapées, nous avons communiqué avec 13 ministères ou commissions qui ont été fort surpris de recevoir notre appel car leur mandat ne prévoyait rien concernant les personnes handicapées. Il est donc primordial de commencer à travailler sur le processus en examinant ces structures.

Je pense que nous avons tous été touchés par le travail accompli par la Finlande qui a placé la santé au cœur de toutes ses politiques. Au Québec, l'article 54 de la Loi sur la santé publique fait en sorte que chaque projet de loi, chaque mesure d'initiative parlementaire, chaque mémoire au Cabinet et chaque présentation budgétaire doit faire l'objet d'une analyse d'impact sur la santé. La décision du gouvernement demeurera peut-être la même, mais il sera tout au moins mis au fait de l'augmentation qui s'ensuivra quant à la facture des soins de santé.

J'estime qu'en dernière analyse, il faudra se tourner vers les gens. Il deviendra de plus en plus important de planifier l'utilisation des ressources humaines en fonction d'un travail collectif pour en arriver à de véritables systèmes de santé, plutôt que de simples systèmes de soins de santé. Nous en avons des exemples ici même à Ottawa avec quelques-uns des centres de santé communautaire qui ont des jardins communautaires et des cuisines communautaires ainsi que des gens capables de faire le lien avec les différentes ressources. Je pense aussi au Chantier de l'économie sociale au Québec qui s'appuie sur de véritables approches communautaires aux fins du développement économique. Nous devrions être mieux en mesure d'appuyer de telles approches de développement par la base qui visent à assurer le bien-être des citoyens.

Il ne fait aucun doute que nous avons besoin au Canada d'une politique alimentaire globale. Il faut que des aliments sains et nutritifs soient produits à proximité. Il faut ajuster notre approche horizontale à l'égard des différents secteurs touchés, à

international development in trade; we have got to get that horizontal piece done right.

Last, I would like to ask the committee to reflect on the role that social determinants play in disasters and pandemic preparedness. I began as minister because of the 44 people that we lost in the SARS outbreak. In that same summer, France lost 14,000 people in their heat wave. France had been named number one by the WHO in both health outcomes and in health system performance. However, we know that they were so focused on doctors and hospitals that they did not really realize that a few years later, all of those elderly women in attics would never get anywhere near a doctor or a hospital.

Therefore I think we have not learned from the work of Eric Klinenberg in 1995, an amazing piece of work called "Anatomy of a Social Disaster" after the Chicago heat wave, where there the predictable victims were the predictable victims. They did not have air conditioners, did not have other means and all of those things. However, there was one neighbourhood, the Latino neighbourhood, with a few Polish elders who had not moved out of that neighbourhood yet where there were no deaths. That was because of what Robert Putnam called social capital; what Jane Jacobs called neighbourliness. We should never forget as the federal government that we have to put in place policies that allow the bottom-up community development that is about healthy public policy.

In closing, I would like to underline the Canadian leadership on this file, from Tommy Douglas to the Lalonde report to the Ottawa Charter. I remember the terrific workbook that Prime Minister Chrétien's forum on health had in 1996, with the pie charts explaining to Canadians that poor people do not live as long. We need to redouble our efforts on health literacy. We have to have Canadians pulling healthy public policy and become effective advocates. We need them for the systems for health, not just the sickness care system.

I was there in December 2004 at York University when John Frank and Denis Raphael opened their conference on the social determinants of health. I was there in Santiago as minister when Monique Bégin, Stephen Lewis and Sir Michael Marmot launched the WHO commission on social determinants of health. At that launch it was clear that one of the main jobs of the commission was to stimulate country work so that countries would be preparing the ground to ensure that the commission report would find fertile pastures and so that fundamental change could take root.

savoir l'agriculture, les pêches, l'industrie, la sécurité alimentaire, la protection des aliments, les pratiques éthiques dans le commerce international et le développement international du commerce.

Enfin, j'aimerais demander aux membres du comité de réfléchir au rôle que jouent les déterminants sociaux relativement à la préparation des mesures d'urgence en prévision des pandémies et des catastrophes naturelles. Si j'ai été nommé ministre au départ, c'est parce que 44 personnes avaient perdu la vie dans l'épidémie du SRAS. Au cours du même été, une vague de chaleur avait causé la mort de 14 000 personnes en France. Ce pays était alors classé au premier rang par l'OMS en ce qui a trait tant aux résultats en matière de santé qu'à la performance du système de santé. Nous savons toutefois qu'on se concentrait tellement sur les médecins et les hôpitaux que l'on n'a pas vraiment anticipé le risque que, quelques années plus tard, toutes ces vieilles dames dans leur grenier n'aient même pas la chance de s'approcher d'un médecin ou d'un hôpital.

J'en conclus donc que nous n'avons pas tiré les enseignements voulus du formidable ouvrage d'Eric Klinenberg qui a fait l'autopsie d'une catastrophe sociale à la suite de la canicule qui a touché Chicago en 1995. Les victimes prévisibles sont celles qui ont effectivement perdu la vie à cette occasion. Elles n'avaient pas l'air climatisé et ne disposaient d'aucun autre moyen de s'en sortir. Cependant, il y a eu un quartier, le quartier latin, comptant encore quelques aînés polonais qui n'avaient pas déménagé, où l'on n'a déploré aucune victime. Ce résultat est attribuable à ce que Robert Putnam a appelé le capital social et ce que Jane Jacobs a qualifié de bon voisinage. Les décideurs du gouvernement fédéral ne devraient jamais oublier qu'ils doivent mettre en place des politiques permettant un développement communautaire à partir de la base pour appuyer une politique publique favorable à la santé.

En terminant, j'aimerais souligner le leadership exercé par les Canadiens en la matière, de Tommy Douglas jusqu'à la Charte d'Ottawa en passant par le rapport Lalonde. Je me souviens du magnifique cahier de travail produit pour le Forum sur la santé tenu par le premier ministre Chrétien en 1996, avec tous ces diagrammes expliquant aux Canadiens que les pauvres vivent moins longtemps. Nous devons redoubler d'effort pour accroître le niveau de littératie en santé. Il nous faut faire en sorte que les Canadiens revendiquent des politiques publiques axées sur la santé et deviennent des défenseurs efficaces à l'égard de ces questions. Nous avons besoin de leur soutien pour pouvoir compter sur de véritables régimes de santé, plutôt que de simples systèmes de soins aux malades.

J'étais à l'Université York en décembre 2004 lorsque John Frank et Denis Raphael ont ouvert leur conférence sur les déterminants sociaux de la santé. J'étais aussi présente en ma qualité de ministre à Santiago lorsque Monique Bégin, Stephen Lewis et Michael Marmot ont lancé la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. Il était alors bien clair que la Commission devait notamment s'employer à encourager les pays à préparer le terrain de telle sorte que le rapport de la Commission puisse trouver des terres fertiles et qu'un changement en profondeur puisse prendre racine.

[Translation]

I thank you for taking up the challenge and look forward to your report. And now, I look forward to your questions.

[English]

The Chair: Thank you so much. That was a fabulous presentation. I see you have not lost one ounce of your pizzazz. You certainly covered the waterfront. Thank you for putting so much time into your presentation.

We will go to Deanna Williamson before we go to questions.

Deanna Williamson, Associate Professor, Department of Human Ecology, University of Alberta: Thank you very much. I appreciate the opportunity to contribute to your study on the determinants of health and your investigation of the possibilities for a pan-Canadian population health policy.

My comments focus on the question of whether the federal government should develop health goals if a decision is made to initiate a pan-Canadian population health policy that aims to improve the health of Canadians and reduce health disparities.

My response to this particular question is yes, with reservations.

I am basing my comments largely on some work that I did with colleagues at UBC a number of years back, looking at provincial and territorial health goals and what came of them and how they were used.

First, with respect to the yes part of my response about health goals: without a doubt I think that health goals are a necessary component of any kind of population health policy. Well-conceived goals provide a clear indication to policy-makers, practitioners and, I think really importantly, the general public, about what the health-related priorities are and what the outcomes being aimed for by governments are.

Declaring those priorities can subsequently guide resource allocation and provide a foundation for developing specific programs and initiatives that are consistent with the goals that have been set out. Health goals are key to a comprehensive population health policy.

My reservation about health goals is, as I said, based on some of the research I did in the past and also evidence about previous health goals efforts in Canada.

What we have seen from previous efforts at developing health goals is that the articulation of the goals alone does not ensure that effective population health programs and initiatives will be developed.

[Français]

Je vous remercie de relever le défi et j'attends avec hâte votre rapport. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me les poser.

[Traduction]

Le président : Merci énormément. Vous nous avez présenté un formidable exposé. Je constate que vous n'avez pas perdu une once de votre brio. Il faut avouer que rien ne vous a échappé. Merci d'avoir si bien préparé votre présentation.

Avant de passer aux questions, nous allons écouter Deanna Williamson.

Deanna Williamson, professeure associée, Faculté d'écologie humaine, Université de l'Alberta : Merci beaucoup. Je vous suis reconnaissante de me permettre de contribuer à votre étude sur les déterminants de la santé et les possibilités d'instaurer une politique pancanadienne en matière de santé des populations.

Mes observations porteront principalement sur la question qui consiste à savoir si le gouvernement fédéral devrait élaborer des objectifs en matière de santé dans l'éventualité où l'on déciderait de mettre en œuvre une politique pancanadienne sur la santé des populations en vue d'améliorer la santé des Canadiens et de réduire les disparités en la matière.

Je répondrais par l'affirmative à cette question, mais avec certaines réserves.

Je fonderai principalement mes commentaires sur des travaux que j'ai menés il y a un certain nombre d'années avec mes collègues de l'Université de la Colombie-Britannique. Nous nous sommes alors penchés sur les objectifs de santé établis par les provinces et les territoires, la manière dont ils ont été utilisés et les résultats obtenus.

Premièrement, en ce qui a trait à la partie affirmative de ma réponse au sujet des objectifs de santé, il va de soi que j'estime que ceux-ci constituent une composante essentielle de toute politique sur la santé des populations. Des buts bien conçus indiquent clairement aux décideurs, aux praticiens et, ce qui est très important selon moi, au grand public quelles sont les priorités en matière de santé et quels résultats les gouvernements cherchent à atteindre.

L'énoncé de telles priorités peut ultérieurement guider l'allocation des ressources et fournir une base pour l'élaboration de différents programmes et initiatives s'inscrivant dans la droite ligne des objectifs fixés. Une politique globale en matière de santé des populations doit absolument pouvoir s'appuyer sur des objectifs semblables.

Comme je l'ai indiqué, mes réserves concernant les objectifs de santé sont basées en partie sur les recherches que j'ai effectuées ainsi que sur les résultats des efforts déjà déployés en la matière au Canada.

Comme l'ont montré clairement ces efforts antérieurs, il ne suffit pas de définir des buts en matière de santé pour assurer l'élaboration d'initiatives et de programmes efficaces pour la santé des populations.

We have seen that over and over. The provinces and territories all developed health goals throughout the 1990s, and by the end of the 1990s the health goals were not being used in any concrete way to direct population health policies. In particular the health goals did not seem to have much of an influence on re-directing attention or broadening the perspective from health care priorities to non-medical health determinants and health disparities. Despite the fact that most provincial and territorial health goals did include those that focused on social and economic conditions and other non-medical health determinants, most of the action continued to be focused on the health care sector.

Similarly, the federal initiative tried a few years ago, the health goals that were put forward, have not resulted in any concrete actions, for a variety of reasons that Dr. Bennett outlined.

I am not convinced that enough has changed in the policy context from the previous attempts, to start down that path again. I really believe that much more work needs to be done, preliminary work, to take a step back before we start thinking about health goals or taking another stab at that.

As the subcommittee outlined in the conclusion of your first report, a key starting point is that a lot of work needs to be done around the area of generating political and public commitment to the idea of a pan-Canadian population health policy strategy that focuses on non-medical determinants of health and aims to reduce health disparities. I do not think that, generally as a population, we really have our heads around non-medical determinants of health and the idea of health disparities. There is much more work to be done there.

Of course, a key piece that is necessary in all of this is the establishment of adequate and ongoing funding to support this sort of endeavour.

Without significant political will, public commitment and sufficient funding, it is likely that the health goals will fail once again to lay the basis for improving the health of Canadians and reducing health disparities.

I believe when we are talking about the need to develop a broad-based commitment to the idea of a federal population health policy strategy, collaborative partnerships between government and non-government representatives from both inside and outside the health sector are key. I know that is not news to anyone. We have heard that a lot; it is well accepted. We need to work more collaboratively and engage in intersectoral sorts of endeavours.

What is really interesting is that, as was noted in the subcommittee's fourth report, even though intersectoral approaches are required, and I think that is well accepted, for addressing many of the determinants of health and health disparities, the notions and understandings of population

C'est une situation dont nous avons été témoins à maintes reprises. Les provinces et les territoires ont tous établi des objectifs en matière de santé au cours des années 1990 et, à la fin de cette décennie, aucun de ces objectifs n'était utilisé concrètement pour guider les politiques visant la santé des populations. On note tout particulièrement que ces objectifs ne semblent pas très efficaces pour ce qui est d'élargir la perspective en redirigeant l'attention à partir des priorités en matière de soins de santé vers les déterminants non médicaux de la santé et les disparités à ce chapitre. Malgré le fait que la plupart des provinces et territoires avaient inclus dans leurs objectifs de santé des buts mettant l'accent sur les conditions socioéconomiques et les autres déterminants non médicaux, la plupart des interventions continuaient d'être axées sur le secteur des soins de santé.

De la même façon, l'initiative fédérale mise en place il y a quelques années, c'est-à-dire les objectifs en matière de santé qui avaient été établis, n'a pas mené à la prise de mesures concrètes, pour les diverses raisons que la Dre Bennett a soulignées.

Je ne suis pas convaincue que la conjoncture politique ait suffisamment changée depuis les dernières tentatives pour l'on s'engage sur cette route une fois de plus. Je crois sincèrement qu'il faut faire beaucoup plus de travail de préparation et s'arrêter un moment pour bien réfléchir à ce que l'on peut faire avant de tenter à nouveau d'établir des objectifs en matière de santé.

Comme le sous-comité l'a indiqué dans la conclusion de son premier rapport, il est primordial avant tout d'arriver à vendre l'idée aux politiciens et à la population d'une stratégie pancanadienne en matière de santé publique qui met l'accent sur les déterminants non médicaux de la santé et qui vise à réduire les disparités à cet égard. Je ne sais pas si le grand public comprend bien en quoi consistent les déterminants non médicaux de la santé et la notion de disparité. Il y a encore beaucoup de travail à faire.

Bien sûr, un volet essentiel à toute cette entreprise est l'établissement d'un mécanisme de financement adéquat et continu qui permettra d'appuyer ces activités.

À défaut de volonté politique, d'engagement de la part du public et de financement suffisant, il est probable que les buts en matière de santé manqueront de nouveau de jeter les bases nécessaires pour améliorer la santé des Canadiens et réduire les disparités en la matière.

Des partenariats de collaboration entre le gouvernement et des représentants non gouvernementaux de l'intérieur et de l'extérieur du secteur de la santé sont essentiels pour susciter un engagement étendu à l'égard d'une stratégie fédérale sur la santé de la population. Je sais que je ne surprends personne en disant cela. Nous l'avons souvent entendu; tout le monde est d'accord là-dessus. Nous devons travailler plus étroitement et s'engager dans des activités intersectorielles.

Comme le signale votre comité dans son quatrième rapport, même si des approches intersectorielles sont nécessaires pour agir sur beaucoup des déterminants non médicaux de la santé et sur les disparités en matière de santé, les idées de santé de la population, de déterminants de la santé, de disparités en matière de santé,

health, health disparities, determinants of health really just still belong to the health sector. I do not think those ideas and notions have infiltrated the minds and the work of policy-makers and practitioners in non-health sectors.

I do not know that we will be able to make much progress on addressing the non-medical determinants of health and health disparities until there is a broader acceptance and buy-in and knowledge.

Whether it is a gap in knowledge or the lack of buy-in by non-health sectors, I do not think the solution is for the health sector to take charge and go out and educate and advocate. There are many resistances that could occur. It seems to me, although I do not have a really good idea of what this would look like, that what is more likely to develop into broad-based commitment is an ongoing, mutually educative process by which policy-makers and practitioners from a variety of sectors engage in discussions about their respective interests and their mandates.

The goal of these discussions would be to identify where their interests and mandates conflict, where they work against each other and where they intersect. Ideally, over time, hopefully they can determine opportunities to advance mutually beneficial policies and program initiatives.

Some of those would be collaborative, and in some cases they might be independent kinds of initiatives but we would all be marching in the same direction.

I do want to emphasize that I am not arguing against the proposition that the federal government should pursue a population health policy strategy or health goals. In fact, I think it will be impossible to reduce health disparities in Canada if we do not have some sort of comprehensive policy approach, which includes health goals.

However, I do think that the time horizon is very long. When I was reading the overviews of what is happening in different developed countries, some of them seem much further ahead. They started a long time ago and have been working for decades on this.

I think the time horizon is long term, and although the articulation of health goals will likely need to be part of the process at some point, I do think that it is just too soon right now.

What would be more fruitful in the long run is to focus on the establishment of strategies and processes for developing a strong foundation of commitment and funding.

Those are my comments, in brief, and I look forward to speaking about this more.

The Chair: Thank you very much, indeed.

et cetera, et leur compréhension « appartiennent » au secteur de la santé, et elles n'ont pas fait leur chemin dans l'esprit et les travaux des décideurs et des praticiens d'autres secteurs.

Je ne suis pas persuadée que nous pourrions faire beaucoup de progrès pour remédier aux déterminants non médicaux de la santé et pour réduire les disparités sur le plan de la santé tant et aussi longtemps qu'on ne ralliera pas tout le monde à l'idée et que ces notions ne seront pas mieux comprises.

Que le problème soit un manque de connaissance ou un manque d'intérêt de la part des autres secteurs, je ne crois pas que les intervenants du secteur de la santé doivent à eux seuls se charger de sensibiliser le reste du monde et de défendre la cause. Cela pourrait donner lieu à beaucoup de résistance. Même si j'ignore comment l'on pourrait procéder, j'ai l'impression qu'il serait plus profitable de miser sur un processus d'éducation mutuelle dans le cadre duquel les décideurs et les praticiens issus de différents secteurs pourraient discuter de leurs intérêts et mandats respectifs.

Le but de ces discussions serait de déterminer à quels niveaux leurs intérêts et mandats divergent, où leur travail prend des directions opposées et où ils se rejoignent. Idéalement, avec le temps, les décideurs et praticiens pourraient cerner des occasions pour mettre de l'avant des politiques et des initiatives qui profiteraient à tout le monde.

Il pourrait s'agir de projets en collaboration ou alors d'entreprises indépendantes, mais des entreprises qui pointent toutes dans la même direction.

Je tiens à préciser que je ne m'oppose pas à la proposition du gouvernement fédéral de mettre en place une stratégie en matière de santé des populations ou d'établir des objectifs en matière de santé. En fait, je crois qu'il sera impossible de réduire les disparités sur le plan de la santé au Canada si nous ne disposons pas d'une approche stratégique globale, incluant des objectifs en matière de santé.

Je crois toutefois qu'on ne se laisse pas suffisamment de temps. J'ai constaté en lisant les résumés de ce qui se passe dans différents pays en voie de développement que certains d'entre eux ont une bonne longueur d'avance. Ils ont entrepris leurs efforts il y a longtemps et travaillent là-dessus depuis des décennies.

Je crois qu'il faut voir à long terme. Même si l'élaboration d'objectifs en matière de santé fera inévitablement partie du processus, je pense qu'il est encore trop tôt pour y penser.

Il serait plus avantageux à long terme de se concentrer sur l'établissement de stratégies et de processus visant à jeter des bases solides en ce qui a trait au financement et à l'engagement des intervenants.

Cela conclut mon exposé. Je serai heureuse de pouvoir discuter de la question plus longuement.

Le président : Merci beaucoup.

Of course, this is such a huge subject that it is difficult for anyone to get their arms around it. I will go to you first, Dr. Bennett, with a question, and then to you, Ms. Williamson, with another question.

The senators all have questions, so I will try not to take too long, but I do want to exploit your knowledge while you are here.

We have done four reports. The fifth is coming out in December, barring some change in things over there, in other words, an election or something like that. Right now our plan is to recommend very strongly a whole-of-government approach to population health. Most of the links are in place, and I am very encouraged. I spoke with Ontario Health Minister George Smitherman at some length about this. He will do it; he has put some people to work on it already. This is very encouraging.

Quebec is into it. If we could get the provinces to go for it, get the federal government to go for it and try to be partners rather than someone preaching the gospel from the top down.

I think a huge missing link is community organization. We went down to Cuba. There is a special report in there on Cuba. I wanted to look at the polyclinics. They were integrating health, sport, education and virtually all of the determinants of health through the polyclinics in Cuba. Like Scotland, every Cuban citizen has a doctor, and that doctor is in a polyclinic. That is integrated with public health and so on.

I want to ask you specifically, Dr. Bennett, did you look at Tony Blair's organization with his people down below, the whole-of-government approach?

Dr. Bennett: It was the deputy chief officer of health, Fiona Adshead who invited me to Gastein last year. Tony Blair took someone who had actually turned around one of the worst neighbourhoods as the medical officer of health and put her in charge. She had such a huge reputation in terms of being a turn-around person that she set an example for the country in this whole-of-government approach. She knew even as a physician that poverty, violence, the environment, all of these things mattered. Even though people felt the Wanless report, in terms of "choose health", had been skewed towards the causes.

Sir Michael Marmot, as you know, talks about the causes and the causes of the causes. The causes of the smoking exercise are that if everyone would stop smoking, eat nicely and exercise, everyone would be fine. Fiona took that report and put it on a base like Dr. Neudorf has in Saskatoon, saying, "If you cannot afford the running shoes —" We have to take a much more community-development approach but also the self-esteem approach and whatever.

Évidemment, le sujet est très vaste et il est difficile d'en faire le tour. Ma première question s'adresse à vous, docteur Bennett, et je m'adresserai ensuite à vous, madame Williamson.

Les sénateurs ont tous des questions à vous poser, alors je tâcherai d'être bref. J'aimerais cependant pouvoir profiter de votre expertise pendant que vous êtes ici.

Nous avons produit quatre rapports. Le cinquième devrait être publié en décembre, à moins qu'on ne déclenche des élections ou que quelque chose du genre ne vienne changer les plans. En ce moment, nous prévoyons recommander fortement l'adoption d'une approche gouvernementale globale en ce qui a trait à la santé des populations. La plupart des maillons sont en place, c'est très encourageant. J'en ai discuté avec le ministre de la Santé de l'Ontario, George Smitherman, et ce dernier est prêt à passer à l'action. Il a déjà mis des gens au travail. Tout cela est très encourageant.

Le Québec est également prêt à agir. L'idéal serait d'avoir le concours des provinces, et que le gouvernement fédéral soit aussi prêt à collaborer et qu'il agisse comme un partenaire et non comme le berger qui guide ses brebis.

Je crois que les organismes communautaires font cruellement défaut au processus. Nous sommes allés à Cuba. Nous avons produit un rapport spécial sur Cuba. Nous voulions jeter un coup d'œil aux polycliniques. À Cuba, ces cliniques intègrent la santé, le sport, l'éducation et pratiquement tous les déterminants de la santé. Comme en Écosse, chaque citoyen cubain a un médecin, et ce médecin pratique dans une polyclinique. Le tout est intégré à la santé publique et à tout ce qui lui est associé.

J'aimerais vous demander à vous, docteur Bennett, si vous avez examiné l'organisation de Tony Blair et l'approche globale que son gouvernement a mise en place.

Dre Bennett : C'est l'administratrice en chef de la santé publique, Fiona Adshead, qui m'a invité à Gastein l'an dernier. Celle-ci était médecin-conseil en santé publique avant que Tony Blair ne la nomme à son poste actuel. On lui doit le redressement d'un des pires quartiers du pays. Sa réputation était telle qu'elle a servi d'exemple pour le pays en ce qui a trait à l'approche gouvernementale globale. Même en tant que médecin, elle savait que la pauvreté, la violence, l'environnement, et tous ces facteurs avaient de l'importance, et ce, même si bien des gens étaient d'avis que les conclusions du rapport Wanless ne présentaient peut-être pas les causes de façon juste en ce qui a trait aux choix santé.

Sir Michael Marmot, comme vous le savez, parle des causes, puis des causes des causes. On part du principe que si tout le monde arrêta de fumer, mangeait sainement et faisait de l'exercice, personne n'aurait de problème de santé. Fiona a pris ce rapport et l'a appliqué de la même façon que l'a fait le Dr Neudorf à Saskatoon : « Si vous ne pouvez pas vous permettre d'acheter des souliers de course... ». Il faut en effet travailler davantage au développement communautaire, mais aussi travailler sur l'estime de soi et d'autres facteurs du genre.

I remember being in Ireland as an international observer shortly after and looking at these hard targets, the take-in on reducing diabetes or heart disease or whatever right straight out of the gate. My feeling is you need to have included people as you choose those targets, but then it is this strong common purpose, local wisdom, local knowledge too.

I would highly recommend, in terms of this weird, complex federal system, that you think of Brenda Zimmerman's report to Romanow, research paper No. 8, where she talks about complexity theory. She looks at the difference between Africa and Brazil on HIV/AIDS. Brazil took the hit because the World Bank had come in and said you will have to let a generation die off. You have no drugs, your people are illiterate and the priests and the nuns are in charge.

The communities said, "We will not let that happen." The self-organizing that happened there meant they got the drugs. The nurses started drawing circles on pieces of paper telling illiterate people what time of day to take the drugs. The nuns and priests started handing out condoms.

If you look at the measurements of what happened with HIV/AIDS in Brazil, it did this, virtually plateaued, and Africa did this.

Setting some goals as a country and then setting some targets is important. Then you have to have the respect for the local wisdom and knowledge to do what communities know need to be done and to be able to set some priorities.

This idea of Brenda Zimmerman's book *Getting to Maybe* is about respect. The people can do what they can do, but you need the targets.

I have to say, I do not think Canada needs to go and get new goals. We have goals. We need the indicators, we need the targets and we need the strategies of what, by when, by how.

I would love to see our Aboriginal peoples lead us. When we wrote the goals, we wrote with them in mind, the people who were here first, who had so much of this right. So the overarching goal as a nation is that we aspire to a Canada in which every person is as healthy as they can be, physically, mentally, emotionally and spiritually, is the medicine wheel.

From the attachment to the land to thinking seven generations out to walking a mile in someone's moccasin, which is the inclusions piece, this is a place where we could turn victims into leaders because the teachings of the Aboriginal peoples are really what population health is. It is what sustainability is.

Peu de temps après, je me rappelle que j'étais en Irlande en tant qu'observatrice internationale et je me suis demandée comment on allait arriver à atteindre ces ambitieux objectifs de réduire les taux de diabète, de maladies cardiovasculaires, et cetera. sans plus de préparation. Je crois qu'il faut penser aux gens lorsqu'on établit ces objectifs, mais il faut aussi penser à tendre vers un but commun et tenir compte de la culture et des connaissances locales.

Je vous recommanderais fortement, pour ce qui est de la complexité du système fédéral, de vous référer au rapport préparé par Brenda Zimmerman dans le cadre de la Commission Romanow, c'est-à-dire l'étude n° 8, dans laquelle elle parle de la théorie de la complexité. Elle examine les différences entre l'Afrique et le Brésil par rapport au VIH/sida. Le Brésil a pris le taureau par les cornes après que la Banque mondiale lui ait dit qu'il allait devoir laisser mourir une génération toute entière parce qu'il n'avait pas les médicaments nécessaires, que la population ne savait ni lire ni écrire et qu'il ne pouvait compter que sur les prêtres et les religieuses pour mener l'entreprise.

Les communautés se sont dit qu'elles n'allaient pas laisser les choses se passer ainsi. Elles ont pris la situation en mains et obtenu les médicaments nécessaires. Les infirmières dessinaient des cercles sur des bouts de papier pour expliquer aux gens qui ne savaient pas lire à quel moment de la journée prendre leurs médicaments. Les religieuses et les prêtres ont commencé à distribuer des condoms.

Si on regarde les statistiques sur le VIH/sida au Brésil, on constate que les choses se sont stabilisées, tandis qu'elles ne font qu'empirer en Afrique.

Il est important pour le pays d'établir des objectifs et de fixer ensuite des cibles. Il faut aussi respecter la culture et les connaissances locales en faisant ce que les communautés savent nécessaire et en étant capable d'établir des priorités.

L'idée derrière le livre *Getting to Maybe* de Brenda Zimmerman, c'est le respect. Les gens peuvent faire ce qu'ils sont en mesure de faire, mais il faut fixer des cibles.

Je dois préciser que je ne crois pas que le Canada doive tenter d'établir de nouveaux objectifs. Nous en avons déjà. Nous avons besoin d'indicateurs, de cibles et de stratégies qui nous permettent de savoir ce que nous visons, comment nous voulons nous y prendre et quand nous voulons y arriver.

J'aimerais beaucoup que nos peuples autochtones puissent nous guider. Lorsque nous avons établi les objectifs, nous les avons établis en pensant à eux, les gens qui étaient ici en premier et qui ont bien mérité ce droit. Alors, l'objectif global en tant que nation consiste à bâtir un pays dont la population est aussi en santé qu'elle le peut physiquement, mentalement, émotionnellement et spirituellement, ce qui est primordial pour faire tourner la roue médicale.

De l'attachement à la terre, à la planification pour sept générations à la fois, à l'idée de marcher un mille dans les mocassins de quelqu'un pour être en mesure de le comprendre, il serait possible de transformer les victimes en leaders, car les enseignements des peuples autochtones rejoignent vraiment la notion de santé des populations. C'est la clé de la durabilité.

My dream would be that we would be like New Zealand where the identity of every New Zealander is the Maori teachers and Maori culture.

We will not build these inequities unless we allow this kind of work to happen as well.

The Chair: Before I leave you, at Senator Cook's urging, we went down and had a very close look at the Community Accounts program in Newfoundland.

They are measuring indicators and determinants now. They are modifying them, and they have measurable red dots going to yellow, which is very encouraging. Of course, that is why we want Professor Neudorf here after you, to tell us about that, because I know he has tremendous knowledge about this.

I have talked to the whole hierarchy of information technology. They are convinced that they can wire the system in Canada now.

Dr. Bennett: When Dr. Neudorf comes, maybe you would ask him a question. Even though we set up the map generator project at the Public Health Agency of Canada where any community in the country can log in to the map generator and build a map for their community, I am worried also that there are certain places where they still have to pay Statistics Canada to get the data. I would like you, as your committee, to figure out whether or not communities should be paying on a cost-recovery basis for the information that they need to keep people well.

The Chair: Senator Cook will not stand for anything less, so do not worry about that. That will be in the report.

Ms. Williamson, you raised the question of leadership in this great Canadian mosaic. It is relatively simple for someone like Tony Blair to put out a system in England. I know that system well; my daughter and my son-in-law both work in it as physicians. Compare that to the complexities of Canada, with our federal, provincial and territory arrangements, the arrangements into larger cities, and the lack of community arrangements in most places. They have grown by serendipity and some of them are good. Then there are our native peoples. We just spent time looking at some of our native communities.

We are committed to strongly recommending a whole-of-government approach and fundamentally saying to governments: Forget about the politics here; get together and work this out. We are going to nail health disparities as a driver, and what we are going to say will not be nice. We feel that we need that kind of initiative to get things rolling. You talked about this terrible problem we have in Canada of leadership, and whether in fact health should lead. When we talked to people through video conference from Scandinavia, they said health cannot lead because health is eating too much of the pie already and people do not want to fall in line. However, you talk to other people and they say the only driver you will get is health because they are the

Mon rêve serait que nous adoptions le modèle de la Nouvelle-Zélande, où chaque citoyen puise son identité dans les enseignements et la culture des Maori.

Nous n'arriverons pas à éliminer ces iniquités si nous n'entreprenons pas ce genre de travail au préalable.

Le président : En terminant, j'aimerais vous poser une dernière question, à la demande du sénateur Cook. Nous nous sommes rendus à Terre-Neuve et avons examiné de près le programme des Comptes communautaires.

On mesure actuellement les indicateurs et les déterminants. On met à jour les données, et on voit que des points rouges ont tourné au jaune. C'est très encourageant. Bien sûr, c'est pourquoi nous voulons aussi parler au Dr Neudorf, car nous voulons qu'il nous en dise plus à ce sujet. Je sais qu'il connaît très bien le dossier.

J'ai parlé à des spécialistes de tous les niveaux en matière de technologie de l'information, et ces derniers sont convaincus qu'ils peuvent connecter le système à l'échelle du Canada.

Dre Bennett : Vous pourriez sans doute poser la question au Dr Neudorf lors de son passage. Même si le projet de générateur de cartes lancé à l'Agence de la santé publique du Canada permet à chacune des communautés du pays de s'inscrire et de créer une carte pour sa collectivité, je crains qu'on ne doive encore payer Statistique Canada dans certains endroits pour obtenir les données nécessaires. J'aimerais que votre sous-comité tente de savoir si les communautés devraient ou non déboursier, selon le principe de la récupération des coûts, pour obtenir l'information dont elles ont besoin pour garder la population en santé.

Le président : Le sénateur Cook va défendre fortement ce point, ne vous en faites pas. Ce sera dans le rapport.

Mme Williamson, vous avez soulevé la question du leadership dans cette belle mosaïque qu'est le Canada. C'est relativement facile pour quelqu'un comme Tony Blair de mettre un système en place en Angleterre. Je connais bien ce système, d'ailleurs; ma fille et mon gendre sont tous deux médecins là-bas. Il serait impossible de l'appliquer dans un pays complexe comme le Canada, avec ses structures fédérales, provinciales et territoriales, les ententes avec les grandes villes, et le manque de services communautaires dans bien des endroits. Les infrastructures se sont développées un peu par un heureux hasard, et certaines sont très bien. Il faut aussi penser à nos peuples autochtones. Nous avons regardé ce qui se passe dans certaines communautés autochtones.

Nous sommes déterminés à recommander fortement l'adoption d'une approche gouvernementale globale et à dire essentiellement aux gouvernements : « Oublions la politique une minute. Serrons-nous les coudes et trouvons une solution. » Notre grande motivation sera de réduire les disparités sur le plan de la santé, et il est possible que nous n'ayons pas de belles choses à dire. Nous croyons que nous devons avoir ce genre d'initiative pour faire démarrer les choses. Vous avez parlé de ce grand problème de leadership que nous avons au Canada et du fait que le secteur de la santé devrait peut-être prendre les rênes. Lorsque nous avons parlé à des représentants de la Scandinavie par vidéoconférence, ils nous ont dit que le secteur de la santé ne

only ones that will get the huge benefit of this — the salvation in Canada of our health care delivery system financially. Perhaps health has to drive it.

Ms. Williamson, tell us what we have to say.

Ms. Williamson: I cannot even say anything because it is a huge challenge and it is a huge problem. Part of my reason for saying that I do not know that it can work if health is leading is exactly what you talked about in terms of the potential for resistances. On my sabbatical several years ago I spent time at the policy research initiative and it was fascinating to me how they were working on social policy and horizontal policies, but health was not in there. That was one of the things I worked on when I was there. I was very conscious that health was not part of that; the rationale being, if health already gets so much money and if they cannot figure out how to fix things, then we are not going to go into that area.

I saw from some in the non-health sector that the resistance is there. If you are interested in reducing health disparities, the non-health sector needs to be involved. As an example, at the federal level, you can be interested in childhood development and early intervention and having kids prepared for school, but at the provincial levels in the ministries responsible for social assistance, you have kids living on incomes that are so low that that will have negative life-long effects starting with their school readiness and for the rest of their lives and their health.

If health is wanting that outcome, they somehow must work with other ministries to figure out what it is that they want, what their interests are, what their mandates are, and how they can work together to move their agendas forward. That is just one example where it is a conflict.

My hesitancy in that this is a health initiative is that the fundamental bases of health disparities are rooted in causes outside the health sector. Some processes to work together are the only way to move it forward.

The Chair: I heard the Minister of Health from British Columbia speak a year ago. He has a slide of doomsday with rising health care costs, education as a straight line, everything else going down. In fact he is saying that the health care delivery system is a threat to health because it is robbing all of the 11 or more determinants of the money they should have to provide what they need for a healthy population. Do you think that is incentive enough to bring the other people into the fold?

Ms. Williamson: I do not know. That is a good question. Perhaps it could be.

pouvait pas assurer le leadership, car il draine déjà suffisamment de ressources; les gens ne voudront pas suivre. Toutefois, d'autres nous affirment que la santé est le seul moteur possible, car c'est le seul secteur qui récoltera les énormes avantages de cette entreprise, c'est-à-dire le redressement financier du système canadien de prestation de soins de santé. Peut-être que le secteur de la santé devrait être à la tête de cette initiative.

Mme Williamson, pouvez-vous commenter?

Mme Williamson : Je ne sais pas trop quoi dire, car il s'agit d'un défi de taille et d'un problème colossal. Si je doute que le secteur de la santé puisse mener la barque efficacement, c'est précisément en raison des résistances possibles que vous avez mentionnées. Pendant mon congé sabbatique, il y a quelques années, j'ai travaillé au Projet de recherche sur les politiques. C'était fascinant de constater que même si l'on travaillait à des politiques sociales et horizontales, la santé ne faisait pas partie de l'équation. C'est une des choses que j'ai tenté de faire à ce moment-là. J'étais très consciente que le secteur de la santé avait été mis de côté. On ne voulait pas se mêler de régler les problèmes d'un secteur qui recevait déjà beaucoup d'argent, et qui n'arrivait pourtant pas à remédier à la situation.

J'ai déjà perçu de la résistance de la part de certains autres secteurs. Si l'on veut réduire les disparités sur le plan de la santé, tout le monde doit être mis à contribution. On peut par exemple s'intéresser, au niveau fédéral, au développement de l'enfance, à l'intervention précoce et à la préparation des enfants en vue de leur entrée à l'école, mais ces efforts resteront vains si les ministères provinciaux responsables de l'aide sociale ne font pas ce qu'il faut pour éviter que des enfants vivent de revenus si bas que cela aura des effets néfastes permanents sur eux et leur santé, en commençant par leurs capacités scolaires.

Si le secteur de la santé tient à réduire les disparités, il doit établir une collaboration quelconque avec d'autres ministères pour tenter de savoir quelles sont leurs attentes, quel sont leurs intérêts, leurs mandats, et voir comment ils peuvent travailler ensemble pour faire avancer leurs programmes respectifs. Il ne s'agit que d'un exemple d'une situation où les intérêts peuvent diverger.

Si je ne suis pas convaincue qu'il s'agisse d'une initiative de santé, c'est que les causes fondamentales des disparités ne sont pas issues de ce secteur. La seule façon de faire avancer les choses est de trouver le moyen de travailler ensemble.

Le président : J'ai entendu une allocution du ministre de la Santé de la Colombie-Britannique l'an dernier. Il nous a présenté un scénario catastrophique : les coûts des soins de santé ne font qu'augmenter, les ressources allouées à l'éducation stagnent et tout le reste diminue. En fait, il affirme que le système de santé est une menace pour la santé, parce qu'il vole l'argent qui devrait servir aux onze autres déterminants pour veiller à garder la population en santé. Pensez-vous que cet argument serait suffisant pour convaincre les autres secteurs de se rallier à la cause?

Mme Williamson : Je ne sais pas. C'est une bonne question. Peut-être bien.

Another key problem is that as Canadians we have an incredible commitment to our public health care system and are proud of it, and that is well founded. We are stuck there and do not have a good understanding of what it is that will enhance our quality of life beyond the times when we are sick and need that health care system. It is not just what is needed from leadership; trying to change the values and understandings of the public is a really important piece of it.

The Chair: I usurped a lot of time from the other senators here and I am sorry, honourable senators, but I will give you more time. We will run a little overtime here.

Senator Callbeck: Dr. Bennett, I want to go back to 2005. The provincial, federal and territorial ministers agreed on health goals to improve the status of Canadians. The provinces were to implement these goals. What was the federal government's role going to be?

Dr. Bennett: We felt it was important that it be first ministers doing this if we were going to get these things done that are really none of your business as a health minister. The health ministers approved the goals but the next step was to continue the collaborative process that we had begun in terms of criss-crossing the country and listening to people as to what should be in the goals. Then, what it says in the communiqué, to collaborate with experts and all governments to pick the indicators and the targets. It was still felt that there needed to be a federal role on the indicators and targets. The thing I left out a little bit was that my picture of the teepee of the Big Brother federal government and all the little provinces reporting to the federal government is very old fashioned. It went from the teepee to the dream catcher, where the dream catcher was a horizontal thing. The federal government would still have to bring up its challenges with Aboriginal people, with the Armed Forces, military and RCMP. We had the same struggles, and we should be at the same table sharing best practices and choosing indicators. We have moral authority as the federal government when the people for whom we have the direct responsibility have the worst outcomes. We need to work together on this. It is a shared responsibility.

We need to pick good indicators and health goals. Youth suicide is a harsh indicator, but it tells a lot, just as do finishing high school or smog or boil water orders, obesity, injury, lifelong learning. There were various indicators that we could have chosen and then to pick real targets that were doable. The health ministers felt that was a collaborative thing and that the federal government had to have a role. So did communities. We knew that things like the Vancouver agreement had really worked in terms of people coming together from all three jurisdictions, saying we will not spend one more penny but could we take all the money we are already spending and spend it differently? We had done that under Judge McMurtry in Toronto on community safety where officials from all levels of government came together to discuss what to do about this issue. It needed to be

Une autre grande difficulté réside dans le fait que les Canadiens sont très fiers de leur système de santé, et on peut comprendre pourquoi. Nous faisons du sur place et nous ne comprenons pas bien ce qui nous permettra d'améliorer notre qualité de vie au-delà des fois où nous sommes malades et que nous avons besoin de soins de santé. Nous devons non seulement assurer un leadership, mais aussi essayer de changer les valeurs et les perceptions du public, et ce n'est pas une mince affaire.

Le président : J'ai beaucoup empiété sur le temps de parole des autres sénateurs et je vous prie de m'excuser, chers collègues, mais je vais vous accorder plus de temps. Nous allons prolonger la séance.

Le sénateur Callbeck : Docteur Bennett, je veux revenir à 2005. Les ministres au niveau fédéral, provincial et territorial se sont mis d'accord sur des objectifs visant à améliorer l'état de santé des Canadiens. Les provinces devaient concrétiser ces objectifs. Quel devait être le rôle du gouvernement fédéral?

Dre Bennett : Nous estimions qu'il était important que ce soit les premiers ministres qui s'en occupent, si nous voulions que soit accompli ce travail qui ne regarde vraiment pas un ministre de la Santé. Les ministres de la Santé ont approuvé les objectifs, mais l'étape suivante consistait à poursuivre le processus de collaboration que nous avons entamé pour parcourir le pays et entendre l'opinion de la population sur ce que les objectifs devraient renfermer. En outre, le communiqué dit qu'il faut collaborer avec des experts et tous les gouvernements pour choisir les indicateurs et les buts. On estimait encore qu'il fallait que le fédéral ait un rôle à jouer à l'égard des indicateurs et des buts. Ce que j'ai laissé un peu de côté, c'était mon image très désuète de la structure verticale du tipi, du gouvernement fédéral « Big Brother » et de toutes les petites provinces relevant de lui. On est passé de la structure verticale du tipi à la structure horizontale du capteur de rêves. Le gouvernement fédéral devait toujours relever ses défis concernant les peuples autochtones, les forces armées, les militaires et la GRC. Nous avons les mêmes luttes à mesure, et nous devons être à la même table en train d'échanger des pratiques exemplaires et de choisir des indicateurs. Comme gouvernement fédéral, nous avons une autorité morale quand les gens qui relèvent directement de nous enregistrent les pires résultats de tous. Nous devons travailler ensemble à cet égard. C'est une responsabilité partagée.

Nous devons choisir de bons indicateurs et objectifs de santé. Le suicide chez les jeunes est un indicateur difficile, mais qui en dit long, tout comme le nombre d'élèves qui terminent leurs études secondaires, le smog ou les avis d'ébullition de l'eau, l'obésité, les blessures, l'éducation permanente. Nous aurions pu choisir divers indicateurs, et ensuite sélectionner de vrais buts réalisables. Les ministres de la Santé estimaient que c'était un processus de collaboration et que le gouvernement fédéral devait jouer un rôle. Les collectivités devaient en avoir un aussi. Nous savions que des initiatives comme l'Accord de Vancouver avaient vraiment réussi à mobiliser des gens des trois paliers, disant que nous ne dépenserons pas un sou de plus, mais ne pourrions-nous pas prendre tout l'argent que nous déboursions déjà et le dépenser différemment? C'est ce que nous avons fait sous la gouverne du

collaborative, particularly since we had just come through SARS where clearly the lack of communication and cooperation had killed people.

Senator Callbeck: You spoke about a cabinet committee. Comments have been made and we had witnesses who said that it should be headed by the Department of Finance, and some said by Health Canada. How do you feel about that?

Dr. Bennett: A truly collaborative cabinet committee should be headed by the person who can get it done. I would not put Finance there, in that Finance officials' job is to put enough sticker shock on everything so that you cannot do anything. Finance officials would not be the people I would have preparing the meeting. You need to have someone who really wants to get it done. Obviously, with the Aboriginal Affairs committee of cabinet, Paul Martin chaired it. My co-chair on the health goals process in Manitoba chaired the children's cabinet subcommittee. I do not think the chair is as important as the direction from the Prime Minister or the first minister that they want results from this committee and in what, by when, and how, and that they put in place whoever has the time to bring everybody else together so that this cabinet committee becomes a priority, not running their ministry or whatever.

Senator Callbeck: Ms. Williamson, you talked about generating public and political commitment, in other words, getting broad-based support, and I agree with you 100 per cent. The question is how you do it. You said that the health sector should be out there on the front lines, but who should take the initiative here?

Ms. Williamson: I do not know. A group of people. The health sector can take the initiative, but it has to be willing at an early stage to be working with those who are not in the health sector so that there is the commitment within governments. When I was thinking about this, I thought maybe there are other initiatives that we can look at where Canadians' understandings and values have changed significantly over time. An example would be smoking. That is a drastic change. What are the kinds of things that were done to change the public's perceptions of smoking and their understanding of the dangers of it? It has taken decades, but it came from a variety of different places, from the school systems and projects that kids do early on in school, to broad advertising, to the cigarette packages. There are many of them. Over time, that shifted thinking. There may be something to be learned from looking at other initiatives that have been successful, and that has been a huge success.

Senator Callbeck: It has been a tremendous success, but the federal government took the leading role there, did they not?

Ms. Williamson: Probably.

juge McMurtry à Toronto en matière de sécurité communautaire où des fonctionnaires de tous les paliers de gouvernement se sont réunis pour discuter des mesures à prendre à l'égard de ce problème. Il fallait une collaboration, surtout étant donné que nous venions de sortir de la crise du SRAS, où des gens avaient perdu la vie clairement à cause du manque de communication et de coopération.

Le sénateur Callbeck : Vous avez parlé d'un comité du Cabinet. Des commentaires ont été formulés et selon certains témoins, il devrait être présidé par le ministère des Finances et selon d'autres, par Santé Canada. Qu'en pensez-vous?

Dre Bennett : Un comité du Cabinet qui collabore vraiment devrait être présidé par la personne en mesure de faire avancer les choses. Je ne mettrais pas le ministère des Finances à la tête puisque le travail de ses fonctionnaires consiste à dire pour tout que le prix est trop élevé si bien qu'on ne peut rien faire. Je ne confierais pas la tâche de préparer la réunion aux fonctionnaires du ministère des Finances. Il faut quelqu'un qui veut vraiment que le travail se fasse. Bien entendu, c'est Paul Martin qui présidait le comité du Cabinet chargé des affaires autochtones. Mon coprésident du processus relatif aux objectifs de santé au Manitoba présidait le sous-comité du Cabinet chargé des questions liées à l'enfance. Je ne crois pas que la présidence importe autant que l'orientation donnée par le premier ministre fédéral ou provincial, qui veut que le comité aboutisse à des résultats dans tel domaine, dans tel délai et de telle manière et qui nomme quiconque a le temps de réunir tous les autres pour que ce comité du Cabinet devienne la priorité, et non pas la gestion du ministère ou peu importe.

Le sénateur Callbeck : Madame Williamson, vous avez parlé de susciter un engagement public et politique, c'est-à-dire un appui étendu, et je suis tout à fait d'accord avec vous. Reste à savoir comment s'y prendre. Vous avez dit que le secteur de la santé devrait être aux premières lignes, mais qui devrait prendre l'initiative?

Mme Williamson : Je ne le sais pas. Un groupe de personnes. Le secteur de la santé peut prendre l'initiative, mais il doit être disposé très tôt à travailler avec des gens qui n'en font pas partie de sorte qu'il y ait un engagement entre les gouvernements. En y réfléchissant, j'ai pensé qu'il y a peut-être d'autres initiatives que nous pouvons examiner où les conceptions et les valeurs des Canadiens ont considérablement changé au fil des ans. Le tabagisme en est un exemple. C'est un changement radical. Comment en est-on arrivé à changer la façon dont la population perçoit le tabagisme et en comprend les dangers? Il a fallu des décennies, mais c'est arrivé par divers moyens, depuis les systèmes scolaires et les projets que réalisent les enfants à un très jeune âge, jusqu'aux vastes campagnes publicitaires, aux mises en garde sur les paquets de cigarettes. Les moyens ne manquent pas. Avec les années, la façon de penser a changé. On peut peut-être apprendre en examinant d'autres initiatives fructueuses, et celle-là a remporté un énorme succès.

Le sénateur Callbeck : En effet, mais le gouvernement fédéral a joué le rôle de chef de file, n'est-ce pas?

Mme Williamson : Probablement.

Senator Callbeck: Thank you.

[Translation]

Senator Pépin: Earlier, Dr. Bennett, you talked about a department where everyone collaborates. Should aims and targets not be entrenched in legislation, as is the case in Sweden? Should we not adopt a new act or propose amendments to the existing one to include necessary aims and targets? Is there a better way of achieving our objective than resorting to legislation, so that departments and agencies are able to work together and have a major impact by focusing on health targets?

Dr. Bennett: I have dreamed of a true public health act where the focus would be on the need for clear program analysis, not on the need for a public health agency. It would be something like section 54 in Quebec. We would have a first minister, like the one appointed once by Mr. Trudeau. There would be an emphasis on gender-based health studies. Sometimes, this is determined by legislation, other times, by culture and tradition. A leader would implement the provisions of a health memorandum, taking into account cabinet considerations.

We need a public health care system and the best way to develop one may be through legislation.

Senator Pépin: We need a public health system, but should we not be focussing more on disparities, rather than on determinants? That would make it easier to see where action is needed. Every bill is focussed on health, but we need to focus attention on health disparities. People could then focus their efforts on these areas and tackle the problems that need to be addressed.

Dr. Bennett: Indicators are important. To achieve our goal of horizontal government, we need to institute some changes. Ministerial accountability is not enough. Indicators must apply to the whole of government, through the efforts of the Auditor General.

In New Zealand, a commissioner is responsible for measuring health outcomes.

[English]

The Chair: I thank you both for the magnificent presentations.

Dr. Bennett: We cannot thank you enough for these deliberations.

The Chair: Mr. Neudorf, please proceed.

Dr. Cordell Neudorf, Chief Medical Health Officer, Public Health Services, Saskatoon Health Region: On behalf of Saskatoon Health Region and the intersectoral partners that have taken part in our Comprehensive Community Information System, I would like to thank the members of the Senate Subcommittee on Population Health for the opportunity to speak today. I will focus my comments on the surveillance, research and advocacy that is being led by our Saskatoon health region through the population public health observatory we established

Le sénateur Callbeck : Merci.

[Français]

Le sénateur Pépin : Vous parliez tantôt, docteur Bennett, d'un ministère où tout le monde collaborerait. Ne devrait-on pas inscrire dans une loi les buts et les cibles dont nous avons besoin comme en Suède? Devrait-on adopter une nouvelle loi ou proposer des amendements à une loi existante dans laquelle on inscrirait les buts et les cibles nécessaires? Y a-t-il un meilleur moyen d'y arriver que le recours législatif afin que les ministères et les agences soient capables de travailler ensemble et aient un impact important, se conformant aux buts qu'on veut réaliser en santé?

Dre Bennett : J'ai rêvé d'une vraie loi de la santé publique qui insisterait sur le besoin d'une analyse spécifique en ce qui concerne la santé et les programmes, non pas d'établir une agence pour la santé publique. Ce serait comme l'article 54, au Québec. Un premier ministre, comme M. Trudeau l'a déjà fait. On insisterait pour faire des études sociales sur la santé selon le sexe. Cela est déterminé parfois par une loi, d'autres fois par la culture ou une coutume. Un chef de file appliquerait le mémorandum concernant la santé en tenant compte des considérations du Cabinet.

Nous avons besoin d'un système pour la santé. La meilleure façon d'y arriver serait peut-être avec un projet de loi.

Le sénateur Pépin : On a besoin d'un système pour la santé, mais ne devrions-nous pas cibler plus les disparités sur les déterminants? On verrait plus facilement où il faudrait agir. Tous les projets de loi sont faits pour la santé, mais il faudrait attirer l'attention sur les disparités qui existent en santé. Les gens pourraient travailler beaucoup plus et on serait capable de fixer les points sur lesquels on devrait le faire.

Dre Bennett : Les indicateurs sont importants. Pour atteindre notre objectif d'avoir un gouvernement horizontal, nous avons besoin de changements. L'imputabilité des ministres n'est pas suffisante. Il faut que les indicateurs s'appliquent à tout le gouvernement et ce, par l'entremise du vérificateur général.

En Nouvelle-Zélande, c'est un commissaire qui mesure les résultats en santé.

[Traduction]

Le président : Merci pour vos deux excellentes présentations.

Dre Bennett : Nous ne saurions trop vous remercier pour ces délibérations.

Le président : Monsieur Neudorf, nous vous écoutons.

Dr Cordell Neudorf, médecin hygiéniste en chef, Services de santé publique, Région sanitaire de Saskatoon : Au nom de la région sanitaire de Saskatoon et des partenaires intersectoriels qui ont participé à la mise sur pied de notre système exhaustif d'information communautaire (CCIS), j'aimerais remercier les membres du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations de me donner l'occasion de m'adresser à eux aujourd'hui. Je vais parler principalement des initiatives en matière de surveillance, de recherche et de défense des intérêts qui sont menées par la région

in Saskatoon in partnership with the members of our regional intersectoral committee. I have given you a description of the types of stakeholders gathered around that table.

The group has been supportive in getting us to where we are at, and I will give you details about the efforts in building the CCIS. I will also give some examples of how population health data has led to program and policy change at the local level.

If I were to step back 10 or 15 years and look at what we were charged to do within the public health system in Saskatoon, I would find that the human service providers — the sector that we deal with in terms of determinants of health — were needing to gather together more to look for joint solutions if they wanted to get at the root causes, or causes of the causes, behind some of the population health problems facing our community.

There was a group was mandated to come together at a regional level, comprising representatives from health, social services, education, justice, municipal government, and a few different non-government organizations and associations. Its mandate was to find issues of common concern and to find common solutions.

Many of the sectors had individual programs aimed at certain problems, but many of them felt that these were band-aid solutions. They were looking for more complex and elegant solutions to weave together in order to improve population health outcomes and deal with the root causes. I learned early on that the term “population health” or “community health” did not resonate with this group. They were looking for more inclusive wording and getting away from the health imperialism.

In Saskatoon, the Medical Health Officer is charged with producing a health status report on an annual basis. This used to be aimed primarily at the health region level, setting out the kinds of things that the health system should be doing differently to improve health status. As we were developing plans, I found increasingly that more and more of the data I needed to get a picture of the health status of our community resided outside the health system. Much of that data was not available to me in a format that I could analyze easily and link with our health data to give a coherent picture.

However, I found that presenting the data only was not enough; interpreting the data was very important and giving recommendations for change was necessary. We started giving recommendations for changes within the health sector, but other sectors as well. With this in mind, I met with the Regional Intersectoral Committee in the late 1990s to talk about the need for data sharing between our groups at a much more detailed

sanitaire de Saskatoon par l'entremise de l'observatoire de la santé publique que nous avons établie à Saskatoon en partenariat avec les membres de notre comité régional intersectoriel. Je vous ai donné une description des types d'intervenants réunis autour de cette table.

Le groupe nous a aidés à nous amener au point où nous en sommes, et je vais vous fournir des détails sur les efforts déployés en vue de créer le CCIS. Je vais aussi vous donner des exemples de la manière dont les données sur la santé des populations ont donné lieu à des changements dans les programmes et les politiques au niveau local.

Si je devais retourner 10 ou 15 ans en arrière et regarder ce que nous étions chargés de faire au sein du système de santé publique à Saskatoon, je constaterais que les fournisseurs de services sociaux — le secteur sur lequel nous nous penchons pour ce qui est des déterminants de la santé — auraient dû se réunir davantage pour trouver des solutions communes pour s'attaquer aux causes profondes, ou aux causes des causes, derrière certains des problèmes de santé des populations auxquels est confrontée notre collectivité.

On a mandaté un groupe au niveau régional, composé de représentants des secteurs de la santé, des services sociaux, de l'éducation et de la justice, de même que de l'administration municipale et de quelques organisations et associations non gouvernementales différentes. Son mandat consistait à repérer des problèmes communs et à trouver des solutions communes.

Bien des secteurs comptaient des programmes individuels ciblant des problèmes donnés, mais un grand nombre d'entre eux estimaient qu'il s'agissait de solutions de fortune. Ils cherchaient des solutions plus complexes et élégantes à mettre ensemble pour améliorer les résultats en matière de santé des populations et s'attaquer aux causes profondes. J'ai appris très tôt que les expressions « santé des populations » et « santé des collectivités » ne trouvaient pas d'écho chez ce groupe. Il cherchait une terminologie plus universelle et voulait s'éloigner de l'impérialisme de la santé.

À Saskatoon, le médecin hygiéniste est chargé de produire chaque année un rapport d'étape sur la santé publique. Ce rapport ciblait autrefois principalement le niveau régional et énonçait ce que le système de santé devrait faire différemment pour améliorer l'état de santé des populations. Lorsque nous étions en train d'élaborer des plans, je me suis aperçu que de plus en plus, les données dont j'avais besoin pour me faire une idée de l'état de santé de notre collectivité se trouvaient à l'extérieur du système de santé. Je ne pouvais pas avoir accès à une bonne partie de ces données sous une forme dans laquelle je pouvais facilement les analyser et les comparer à nos données sur la santé pour dresser un portrait cohérent.

Toutefois, j'ai constaté que présenter seulement les données ne suffisait pas; il était aussi très important de les interpréter et de soumettre des recommandations de changements. Nous avons commencé à formuler des recommandations de changements dans le secteur de la santé, mais dans d'autres secteurs également. Cela dit, j'ai rencontré le comité régional intersectoriel à la fin des années 1990 pour discuter de la nécessité d'un échange de données

level. In the past, we would receive annual reports from these various groups. They would be at their own geographic boundaries for their systems. So we could not make one-to-one comparisons.

The argument was made that we could give data sharing a priority at a low level of aggregation and work at determining the underlying tools for housing, maintaining and analyzing it, as well as maintaining privacy on the data. The plan was to see whether, by sharing data at that level, we could start using each other's data in a more layered way for more comprehensive planning within our sectors and for looking at joint problems and solutions. From this, the concept of the CCIS was born. You will notice that the word "health" is not in the term because they decided this was more than a focus on the health system.

Since then, we have developed several versions of the system as a proof of a concept. Increasingly data users have been engaging with the data and starting to give us feedback as to what makes it more useful for them. We have made improvements on it and now we have a penultimate conceptual and logical design for the definitive system that we started to build this year.

The key component is that this information system is a linkable relational database from these various sectors. It assembles data from multiple sources and is supported by appropriate tools for analysis, including display through mapping software. It enables users to choose a variety of breakdowns by different types of geography within our region, by different age groups, risk factors, et cetera. The data can then be integrated and analyzed according to individual user need.

We are forming a network of databases across agencies and sectors instead of creating a centralized mega database so that we can pull data from different sectors as needed at a population level.

As people analyze the information and analysis is produced in terms of layered maps, reports, new surveys or research, it is added to that website so that people can continue to access and receive the benefit of the researchers' studies and the perspectives of the various groups. In that way, we do not have duplication of research.

Some of those reports are pre-analyzed, such as health status reports in my case or neighbourhood profiles that the municipality will do using census data. These might include charts, maps and some text analysis at various geography levels.

Another level of access is that a limited amount of querying can be done. I provided a CD with some screen shots indicating what the system looks like and the type of output it provides. Essentially, it allows more educated users, let us say epidemiologists or analysts, to be able to query the database

beaucoup plus détaillées entre nos groupes. Dans le passé, nous recevions des rapports annuels ces différents groupes. Leurs systèmes se limitaient à leur propre territoire géographique de sorte qu'on ne pouvait pas établir de comparaisons entre eux.

On a fait valoir qu'en matière d'échange de données, on pourrait accorder la priorité au regroupement des données à petite échelle et à la détermination des outils nécessaires pour stocker, tenir à jour et analyser les données, de même que pour en assurer la confidentialité. Le plan, c'était de voir si, en échangeant des données à ce niveau, nous pourrions commencer à échanger des données de manière plus stratifiée pour une planification plus exhaustive au sein de nos secteurs et pour repérer des problèmes communs et trouver des solutions communes. L'idée du CCIS est venue de là. Vous remarquerez que le mot « santé » ne se trouve pas dans le nom parce qu'il a été décidé qu'on ne se limiterait pas uniquement au système de santé.

Depuis, nous avons mis au point plusieurs versions du système pour démontrer le concept. Les utilisateurs se servent des données de plus en plus et commencent à nous faire part de ce qui est le plus utile pour eux. Nous avons apporté des améliorations au système et nous avons maintenant un avant-dernier schéma conceptuel et logique pour la version finale que nous avons commencé à élaborer cette année.

L'élément central, c'est que ce système d'information est une base de données qui permet d'établir des liens à partir de ces différents secteurs. Il regroupe des données de diverses sources et est soutenu par des outils d'analyse appropriés, y compris l'affichage au moyen d'un logiciel de cartographie. Il permet aux utilisateurs de choisir une foule de ventilations par différents types de divisions géographiques dans notre région, groupes d'âge, facteurs de risque, et cetera. Les données peuvent alors être intégrées et analysées selon les besoins de l'utilisateur.

Nous sommes en train de créer un réseau de bases de données pour l'ensemble des organismes et des secteurs plutôt qu'une méga base centralisée pour que nous puissions rassembler au besoin des données de différents secteurs au niveau de la population.

Au fur et à mesure que les gens analysent l'information et que cette analyse prend la forme de cartes, de rapports, de recherches ou de nouveaux sondages stratifiés, elle est ajoutée au site Web pour que les gens puissent continuer d'avoir accès aux études des chercheurs et aux points de vue des différents groupes. En ce sens, nous n'avons pas de chevauchement pour ce qui est de la recherche.

Certains de ces rapports sont analysés au préalable, comme les rapports sur l'état de la santé dans mon cas ou les profils de quartier que la municipalité préparera à l'aide des données du recensement. Ils peuvent inclure des tableaux, des cartes et des analyses de textes à différents niveaux géographiques.

Un autre niveau d'accès, c'est qu'une quantité limitée de recherches peut être faite. J'ai fourni un CD montrant à quoi ressemble le système et ce qu'il donne comme résultat. Il permet essentiellement à des utilisateurs plus instruits, des épidémiologistes et des analystes par exemple, de pouvoir faire

and get a customized output of what they need for producing their own reports, and also allows a more detailed level of access to data for researchers.

An important aspect for me was the public concept. We wanted to have a certain level of data available to anyone who could log on to obtain access to this. We get requests for all kinds of population health data from students, from community groups and associations. We want this data available for these groups to use free of charge.

While this system is being built in its definitive form, we have been trying out the tool as a prototype. We worked on the concept and tested it within the region. I want to provide you with a brief example of how we did that.

We used the census and health data together to focus in on neighbourhood analysis within the city and now in the rural part of our region as well. We wanted to try to categorize neighbourhoods by an index of deprivation, and also, using only income, to categorize it into quintiles, so we can see where the most deprived versus least deprived areas of the city are. Then, using those geographic boundaries, we have gone back to the health data from hospitalization, mortality, primary care use, pharmacy use, vital statistics information, health status indicators and usage of certain preventative services. Across that whole continuum, we have looked at what the health disparity is in our city.

This has been done in other countries. It was intended to be done at a small geographic level in Saskatoon. The biggest difference with what we have done here is when this type of study was previously done in Canada, it was mostly done at a census boundary, a census tract level or a postal code level. What you are after there is an academic exercise determining what degree of poverty or lack of education is associated with health disparity. I found that in trying to translate that information to decision-makers, it loses impact. I found what was needed was to put it into a local context.

We use natural neighbourhoods in our city, which have a population of between 1,000 and 5,000 people, that everyone recognizes. They know what neighbourhood they belong to. We cluster those neighbourhoods according to deprivation and present data in that way.

The extent of the deprivation is a bit diluted when you do it that way, but it is far more recognizable and it connects with people at a visceral level. The study that came out showed for many of these conditions there were health disparities of hundreds, sometimes thousands, of percentage points of difference.

Just before we released the data, we did a public survey to see what the extent to which the public already knew this existed. The important issue we found here was that although most people

des recherches dans la base de données et d'obtenir un résultat adapté à leurs besoins pour produire leurs propres rapports. Il permet aussi aux chercheurs d'accéder à des données plus détaillées.

L'aspect public comptait pour moi. Nous voulions qu'une certaine quantité de données soit mise à la disposition de quiconque pouvait ouvrir une session pour y avoir accès. Nous recevons des demandes pour obtenir toutes sortes de données sur la santé des populations de la part d'étudiants, d'associations et de groupes communautaires. Nous voulons que ces groupes puissent accéder à ces données gratuitement.

Pendant que la version finale du système est en train d'être élaborée, nous avons testé l'outil en tant que prototype. Nous avons travaillé sur le concept et l'avons testé dans la région. Je vais vous expliquer brièvement comment nous avons procédé.

Nous avons regroupé les données du recensement et celles sur la santé pour nous concentrer sur des analyses de quartiers dans la ville, que nous avons maintenant étendues aux milieux ruraux de notre région également. Nous voulions essayer de catégoriser les quartiers au moyen d'un indice de défavorisation et aussi, en utilisant le revenu seulement, les classer en quintiles pour voir quelles sont les régions les plus défavorisées et celles qui sont les plus privilégiées de la ville. Ensuite, en utilisant ces limites géographiques, nous avons consulté les données sur la santé relatives à l'hospitalisation, à la mortalité, au recours aux soins primaires, à l'utilisation des pharmacies, aux statistiques d'état civil, aux indicateurs de santé et à l'utilisation de certains services de prévention. À partir de cet ensemble de données, nous avons examiné quelle est la disparité en matière de santé dans notre ville.

Cette analyse a été faite dans d'autres pays. Elle devait être effectuée à petite échelle à Saskatoon. La plus grande différence qui existe avec ce que nous avons fait ici, c'est que lorsqu'une étude de ce genre était menée dans le passé au Canada, elle était effectuée surtout en fonction des zones de recensement, des districts de recensement ou des codes postaux. Ce qu'on veut faire, c'est un exercice théorique qui déterminera quel niveau de pauvreté ou manque d'éducation est lié à la disparité en matière de santé. En essayant de transposer cette information dans la pratique pour les décideurs, je me suis rendu compte qu'elle perd de son effet. Je me suis aperçu qu'il fallait l'appliquer à un contexte local.

Dans notre ville, nous utilisons les quartiers naturels qui comptent une population allant de 1 000 à 5 000 habitants et que tout le monde reconnaît. Les habitants savent à quel quartier ils appartiennent. Nous regroupons ces quartiers en fonction de la défavorisation et présentons les données de cette manière.

L'étendue de la défavorisation est un peu diluée quand on procède ainsi, mais elle est beaucoup plus reconnaissable et rejoint les gens viscéralement. L'étude qui a été rendu publique a révélé que pour un grand nombre de ces conditions, il y avait des disparités en matière de santé affichant des centaines, parfois même des milliers de points de pourcentage de différence.

Juste avant de communiquer les données, nous avons réalisé un sondage d'opinion publique pour voir à quel point la population connaissait déjà l'existence de cette situation. Le point important

knew that social determinants of health, or income and education, et cetera, were associated with poor health outcomes, they vastly underestimated the extent of how many health conditions were associated with that as well as the magnitude of the problem.

We asked them specifically things such as: What amount of health disparity is acceptable to you? Do you think it is inevitable? Fifty per cent said none was acceptable to them, and only 4 per cent thought that something greater than 100 per cent was acceptable in Canada. As I said, the vast majority of our results showed much higher than 100 per cent differences.

We knew this would connect with people locally in a powerful way, and it certainly did.

We also asked them if they would support policy changes, if they could be made to reverse this. I will not get into the details. We looked at over 30 policy options, and there was a lot of public support for many of the proposed policy solutions. Interestingly, where there was average support, when we added some restrictions such as for families with children, the support often went up by 15 to 20 per cent.

We used the results of the health disparities study, the public opinion survey and then subsequent CIHR research studies we had done in school health. We brought it together collectively to our regional intersectoral committee that sponsored this data sharing initiative and suggested to them that now we had some concrete evidence and some measure of public support. What should we do with it? We did not want this to be just a negative story.

We engaged in dozens of community consultations with various affected agencies, groups and individuals to give them the data ahead of time and see how they reacted to it and what kind of proposed solutions they would have. Then the data was released publicly, but at the same time, we announced a few local solutions that some of the agencies were planning to enact immediately. We worked with the media so their focus would be more on the community coming together on what we can do about this and not just another bad news story about the inner city.

We then asked this committee to endorse our going back and doing an evidence-based policy review, looking at the international best practice of what types of policies showed promise for increasing health equity. We are in the final stages of obtaining their endorsement of that report. We should have it to you within a month, if you are interested. We will be able to give you that literature review and a list of the policy recommendations that this intersectoral group has endorsed.

que nous avons découvert ici, c'était que même si la plupart des gens savaient que des déterminants sociaux de la santé, le revenu ou l'éducation, et cetera, étaient liés à une mauvaise santé, la majorité d'entre eux avaient sous-estimé le nombre de conditions de santé y étant associées aussi, de même que l'ampleur du problème.

Nous leur avons posé des questions précises comme : quel est le niveau acceptable de disparité en matière de santé? Croyez-vous que c'est inévitable? Cinquante pour cent ont répondu que ce n'était aucunement acceptable, et seulement 4 p. 100, que c'était plus qu'inacceptable au Canada. Comme je l'ai dit, la grande majorité de nos résultats affichaient des différences supérieures à 100 p. 100.

Nous savions que cela toucherait fortement les gens au niveau local, et c'est certainement ce qui s'est passé.

Nous leur avons aussi demandé s'ils appuieraient des changements dans les politiques, s'ils pouvaient être apportés pour mettre fin à la situation. Je n'entrerai pas dans les détails. Nous avons examiné plus de 30 options stratégiques, et bon nombre d'entre elles ont reçu un grand appui de la population. Fait intéressant, dans les secteurs où l'appui était moyen, quand nous ajoutions certaines restrictions telles que pour des familles avec des enfants, l'appui augmentait souvent de 15 à 20 p. 100.

Nous avons utilisé les résultats de l'étude sur les disparités en matière de santé, du sondage d'opinion publique et des études subséquentes de l'IRSC sur la santé en milieu scolaire. Nous les avons présentés ensemble à notre comité régional intersectoriel qui commanditait cette initiative d'échange de données et nous lui avons dit que nous avions maintenant des preuves concrètes et une certaine mesure de l'appui de la population. Que devrions-nous en faire? Nous ne voulions pas que ce soit juste une histoire négative.

Nous avons pris part à des dizaines de consultations communautaires avec différents organismes, groupes et individus concernés pour leur donner les données à l'avance et voir comment ils y réagissaient et quels genres de solutions ils proposeraient. Les données ont ensuite été diffusées publiquement, mais nous avons aussi annoncé quelques solutions à l'échelle locale que certains des organismes prévoient mettre en œuvre immédiatement. Nous avons travaillé avec les médias pour qu'ils se concentrent davantage sur l'engagement communautaire en vue de déterminer ce que nous pouvions faire à ce sujet afin d'éviter que ce ne soit que d'autres mauvaises nouvelles concernant les quartiers défavorisés.

Nous avons ensuite demandé à ce comité d'appuyer notre idée de mener un examen des politiques fondé sur des données probantes, de regarder les pratiques exemplaires partout dans le monde pour voir quelles sortes de politiques permettraient d'améliorer l'équité en matière de santé. Nous sommes rendus aux dernières étapes avant que le comité donne son aval au rapport. Nous devrions vous l'envoyer d'ici un mois, si vous êtes intéressés. Nous serons en mesure de vous donner cet examen de la documentation et une liste des recommandations stratégiques que ce groupe intersectoriel a appuyée.

That is just one example. Other examples have been shorter term, with agencies such as the health region, for example, reallocating 10 per cent of the public health budget to inner city programming and changing the way we have done targeted interventions in neighbourhoods.

Pediatricians in our city came together and decided to start some clinics within the inner city schools. Both provincial and municipal governments have announced in the last few months over \$40 million in funds for low-income housing and other neighbourhood revitalization projects in these neighbourhoods.

Our United Way has decided to focus its interventions for the next few years on initiatives that will affect health disparity in these neighbourhoods. The list goes on as you look at the individual agencies and how they have decided to respond in the short term.

This is a prototype of our system and, as I say, we are working on the more definitive system. The intent is to have indicators set up to monitor our success. We have said we will not put this data out just once. We will look at what interventions have been put in place, monitor their impact and keep the community informed.

In summary, CCIS is a good example of how population health data can be combined with a population health approach to intersectoral planning and policy-making, to highlight shared challenges, initiate solutions and monitor the impact at a local level.

We have certainly shared this research and our local process of intersectoral engagement with my MHO counterparts across the country through the Urban Public Health Network, which are the MHOs of the 18 larger cities in Canada. We are now working with the Canadian Population Health Initiative to duplicate the health disparity study in all 18 cities. We hope to have a report released showing that combined pan-Canadian look at this issue in November of this year.

We are also developing through this urban public health network a common set of indicators that will be used by our members for health status reporting across Canada. This calls to mind some earlier comments that what we are lacking to do appropriate analysis is low-level, consistent health status and health determinant indicators on a smaller geographical basis, free of charge and in an easily accessible, downloadable form.

That process has begun. There is a lot of desire among these groups to agree on these indicators and to be able to provide them in a way that those of us who have capacity to do the analysis can add to it, while for those smaller regions that do not, it should be there in a very easily accessible, downloadable way.

Ce n'est là qu'un exemple. Il y en a eu d'autres à plus court terme, avec des organismes comme la région sanitaire, qui a réaffecté 10 p. 100 du budget consacré à la santé publique pour financer des programmes menés dans des quartiers défavorisés et changer la manière dont nous avons réalisé des interventions ciblées dans des quartiers.

Des pédiatres dans notre ville se sont réunis et ont décidé de mettre sur pied des cliniques dans les écoles des quartiers défavorisés. Au cours des derniers mois, les paliers municipal et provincial ont annoncé l'octroi d'un financement de plus de 40 millions de dollars pour des logements à loyer modéré et d'autres projets de revitalisation dans ces quartiers.

L'organisme Centraide de notre ville a décidé d'axer ses interventions des prochaines années sur des initiatives qui auront une incidence sur la disparité en matière de santé dans ces quartiers. La liste est longue si vous regardez chaque organisme et la manière qu'il a décidé d'intervenir à court terme.

C'est un prototype de notre système et, comme je l'ai dit, nous travaillons sur la version plus finale. L'objectif consiste à avoir des indicateurs en place pour surveiller notre succès. Nous avons dit que nous ne diffuserons pas ces données qu'une seule fois. Nous regarderons quelles interventions ont été mises en place, surveillerons leur impact et tiendrons la collectivité au courant.

En résumé, le CCIS est un bon exemple de la manière dont les données sur la santé des populations peuvent être combinées à la planification intersectorielle et à l'élaboration de politiques pour mettre en évidence des défis communs, mettre en œuvre des solutions et surveiller l'incidence au niveau local.

Nous avons certainement fait part de cette recherche et de notre processus local d'engagement intersectoriel à mes collègues de tout le pays par l'entremise du Réseau canadien pour la santé urbaine, qui sont les médecins hygiénistes des 18 grandes villes au Canada. Nous travaillons maintenant avec l'Initiative sur la santé de la population canadienne pour reproduire l'étude sur la disparité en matière de santé dans les 18 villes. Nous espérons publier un rapport qui donnera cet aperçu pancanadien combiné du problème en novembre cette année.

Par l'entremise du Réseau canadien pour la santé urbaine, nous élaborons aussi un ensemble commun d'indicateurs qui sera utilisé par nos membres pour rédiger des rapports d'étape sur la santé partout au Canada. Cela fait penser aux commentaires qui ont été formulés plus tôt, à savoir qu'il nous manque des analyses appropriées à petite échelle, des indicateurs cohérents de l'état de santé et des déterminants de la santé à plus petite échelle offerts gratuitement sous une forme facilement accessible et téléchargeable.

Ce processus a été entamé. Ces groupes veulent vraiment se mettre d'accord sur ces indicateurs et être en mesure de les offrir de sorte que ceux d'entre nous qui ont la capacité de mener l'analyse peuvent contribuer au système, tandis que les plus petites régions qui n'en ont pas la capacité devraient pouvoir y avoir accès facilement pour faire des téléchargements.

I think the translation of these complex population health concepts to a local level using recognizable local geography has been quite key in getting intersectoral and community support for program and policy change in Saskatoon.

The Chair: Thank you very much. You have accomplished a tremendous amount. I was anxious to hear you, and I think I mentioned it to you the other day, was because I wanted to get your comments on your initiative as it compares to the Community Accounts program in Newfoundland. I think these are the two key initiatives in Canada. We would like to use those frameworks in our report to advocate something on the ground.

I mentioned to the previous witnesses that we have a commitment from the information technology community to put the necessary people together to design a system from top to bottom and, of course, to eliminate the charges at StatsCan. I do not know who the leader of this will be, but there is a very strong commitment to get this done for us for the report.

Your system really has both the afferent and efferent loop, right? You have completed the circle. You are getting the data in; you are getting the data out. You are analyzing the data. You are effecting change and measuring it again.

The Community Accounts is doing the same thing in Newfoundland. As I said, they are changing the colour of the dots. This is really very encouraging stuff. If we could have every Canadian citizen benefit from what you two groups are doing, it would be a tremendous step forward.

Tell me what the strengths and weaknesses of your system are compared to the Community Accounts system in Newfoundland.

Dr. Neudorf: I would like to preface that by saying that there are a number of places in Canada trying to do this, though the Community Accounts and our region may be farthest along. Technology is changing so fast that the types of solutions that one thought were the limitations to setting up a system 10 years ago are no longer barriers.

Over the last 10 years, I would suggest we have taken a slower, more deliberative process of trying to build a definitive system. Community Accounts has said, "We need to get something started and off the ground and available to everyone quickly," but keeping in mind something more definitive as they build. From what I have been able to gather, we are going at the same goal, but we have chosen slightly different development paths.

My suggestion has been for some time that we need to find the key places in Canada where some of this innovation is going on and bring those groups together and look at a melded approach, taking the best of each of the examples that we see and use that to build some kind of a Canadian system.

Je crois que la transposition de ces concepts complexes liés à la santé des populations au niveau local en utilisant une division géographique locale reconnaissable a été déterminante pour obtenir le soutien intersectoriel et communautaire afin de changer les programmes et les politiques à Saskatoon.

Le président : Merci beaucoup. Vous avez accompli énormément de choses. J'avais hâte d'entendre votre témoignage, et je crois vous l'avoir dit l'autre jour, car je voulais recueillir vos commentaires sur votre initiative pour savoir comment elle se compare au Système de rapports sur les collectivités à Terre-Neuve. Je crois que ce sont deux initiatives importantes au Canada. Nous aimerions utiliser ces cadres dans notre rapport pour préconiser quelque chose sur le terrain.

J'ai dit aux témoins précédents que la communauté de la technologie de l'information s'est engagée à mobiliser les personnes voulues pour concevoir un système du début à la fin et, bien entendu, pour éliminer les frais à Statistique Canada. J'ignore qui en sera le responsable, mais la communauté s'est très fermement engagée à accomplir ce travail pour nous en prévision du rapport.

Votre système est vraiment doté d'une boucle afférente et d'une boucle efférente, n'est-ce pas? Vous avez bouclé la boucle. Vous faites entrer et sortir les données. Vous analysez les données. Vous apportez des changements et les mesurez de nouveau.

Le Système de rapports sur les collectivités fait actuellement la même chose à Terre-Neuve. Comme je l'ai dit, ils changent la formule. C'est vraiment très encourageant. Si nous pouvions faire en sorte que chaque citoyen canadien puisse bénéficier de ce que vos deux groupes font, ce serait un énorme pas en avant.

Dites-moi quelles sont les forces et les faiblesses de votre système par rapport au système de rapports sur les collectivités à Terre-Neuve.

Dr Neudorf : J'aimerais d'abord dire que de nombreuses villes au Canada essaient d'instaurer un tel système, quoique Terre-Neuve et notre région soyons probablement les plus avancées. La technologie change si rapidement que les types de solutions que l'on croyait être les limites pour mettre au point un système il y a dix ans ne sont maintenant plus des obstacles.

Ces dix dernières années, je dirais que nous avons adopté un processus plus lent et réfléchi pour essayer de créer la version finale du système. Les responsables du Système de rapports sur les collectivités ont dit, « Nous devons concevoir quelque chose qui sera disponible pour tout le monde rapidement », mais il faut garder à l'esprit que ce doit être quelque chose de plus définitif. D'après ce que j'ai pu comprendre, nous visons le même objectif, mais nous avons choisi des méthodes légèrement différentes pour l'atteindre.

Je suggère depuis un certain temps de trouver les endroits clés au Canada où une partie de cette innovation prend place, de réunir ces groupes et d'envisager une approche conjointe, en prenant les meilleurs éléments de chacun des exemples que nous voyons et en les utilisant pour créer une sorte de système canadien.

What we are trying to do with ours is less a gleaning of data from a central source and building into it a “data mart” or a central repository although there is some of that in our prototypes. Our conceptual design is more meant to act as a way to have each user who contributes data maintain their own system, because they are the ones using it, but agree on which data elements will be shared and in what format. Our system is designed to go and pull that data as needed so that the maintenance of the system is not one where you are continually updating old data but going and accessing data as it is cleaned at the source and is maintained at the source.

There are some central data elements, like census data, for example for ours, that would be maintained centrally, and I think that is common in the way that is done with Community Accounts.

The other difference I would see right now is our building block. Where possible, it is at the individual level but often at a postal code or a neighbourhood level depending on what detail the providers have and then building in the flexible geographic interface for all of the data. So that instead of choosing your geographic municipality and then seeing what data is available there — because whatever was provided at that level is what you have — we are asking everyone to share their data at a slightly lower level. So if you want to look at health data by a social service planning boundary, that is there for you; if you want to look at education data by a health boundary, that will be there for you. We are trying to build that flexibility within the system and ensure that with the linkages we establish you will get the most real-time, up-to-date data.

I think that is probably the same vision that Community Accounts would like to have. That is just not quite where they are built to yet. I do think it is possible, in fact preferable, to bring the groups together as they have designed these various systems and work together with information technology experts to decide what the best approach for a Canadian system would be.

The challenge we found is many of these systems are different from province to province. Once you get beyond the CIHI and Statistics Canada data, it is different provincial systems and in some cases regional data sources, so it becomes a little more complex to flesh out the entire system. Even starting with those data elements available nationally would be possible.

The Chair: What could we do to help people like yourself who are pretty well along in this? Do you have a framework to meet with the vertical system as well as your horizontal peers, or would it be useful for us, for example, to have a round table and have StatsCan and the gurus from Infoway, the CIHI and Canadian Population Health Initiative and the other people involved and so

Ce que nous essayons de faire avec le nôtre, ce n'est pas tant de glaner les données d'une source centrale et de les incorporer dans un « mini-entrepôt » ou un dépôt de données central, même si on le fait un peu dans nos prototypes. Notre schéma conceptuel vise davantage à ce que tous les utilisateurs qui contribuent à la base de données tiennent à jour leur propre système, car ce sont eux qui s'en servent, mais ils doivent se mettre d'accord sur les éléments de données qui seront partagés et sous quelle forme. Notre système est conçu pour retirer ces données au besoin pour que la mise à jour du système ne consiste pas à actualiser continuellement les vieilles données, mais à accéder aux données qui sont mises à jour à la source.

Il y a certains éléments de données, comme les données de recensement, les nôtres par exemple, qui devraient être tenues à jour de manière centralisée, et je crois que c'est une pratique courante puisque c'est ainsi qu'on procède pour le Système de rapports sur les collectivités.

L'autre différence que je verrais à l'heure actuelle, c'est notre composante de base. Quand c'est possible, les données sont recueillies à l'échelle individuelle, mais souvent à l'échelle des codes postaux ou des quartiers, selon les renseignements dont disposent les fournisseurs, et intégrées à l'interface géographique flexible. Plutôt que de choisir votre municipalité puis de voir quelles données sont disponibles — car ce qui a été fourni à ce niveau est ce que vous obtenez —, nous demandons à tout le monde de partager ses données à une échelle légèrement plus petite. Donc, si vous voulez examiner des données sur la santé dans le cadre d'une planification des services sociaux, elles seront là; si vous voulez examiner des données sur l'éducation dans le cadre de la santé, elles seront là pour vous. Nous essayons de créer cette flexibilité au sein du système et de faire en sorte que vous obtiendrez les données les plus récentes et à jour avec les liens que nous établissons.

Je crois que c'est probablement la même vision que le Système de rapports sur les collectivités aimerait avoir. Ces systèmes ne sont tout simplement pas encore conçus pour faire cela. Je pense que c'est possible, préférable en fait, de réunir les groupes puisqu'ils ont mis au point ces différents systèmes et qu'ils ont collaboré avec des spécialistes de la technologie de l'information pour décider quelle serait la meilleure approche pour un système canadien.

L'ennui, c'est qu'un grand nombre de ces systèmes sont différents d'une province à l'autre. Une fois que vous allez au-delà des données de l'ICIS et de Statistique Canada, ce sont des systèmes provinciaux différents et, dans certains cas, des sources de données régionales, et il devient alors un peu plus complexe d'étoffer tout le système. Il serait même possible de commencer à rendre ces éléments de données disponibles à l'échelle nationale.

Le président : Que pourrions-nous faire pour aider les gens comme vous qui sont très avancés dans ce projet? Avez-vous un cadre pour rencontrer vos pairs du système vertical et du système horizontal, ou serait-il utile que nous organisions, par exemple, une table ronde à laquelle participeraient Statistique Canada, les experts d'Infoway, l'ICIS et l'Initiative sur la santé de la

forth? We would have to bring the provincial data banks. It is interesting that the information technology people have already gone there. They are pretty well organized.

Would it be useful for us to ask Inforoute and StatsCan and CIHI, for example, to bring people like you, some of the provincial people, around the table? Would it be a positive step or should we just recommend that this be done? They will design a framework for us anyway to put in the report, but should we get more practical right off the bat?

Dr. Neudorf: Prioritization is the issue. Where this sits on the relative priority list of each of those individual groups is perhaps one of the impediments. Having a recommendation that this is a priority and needs to be done for a variety of ministries and for a variety of levels of government would probably go a long way to pushing this up in that priority list.

Currently, I am in the fortunate position of being involved with many of those organizations in an advisory capacity. I sit on the board of CIHI. I am the chair of the Canadian Population Health Initiative Advisory Council and chair elect of CPHA, the Canadian Public Health Association. I am on the advisory council for the population health surveys for Statistics Canada. I am connecting with these people individually and we are talking about these ideas.

However, in terms of a mandate and making it a priority or a focal point, I think that would certainly be useful.

The Chair: I have taken too much of your time. I will move on to some of the other senators.

Senator Cook I know is just dying to ask you some questions. She convinced us we had to go to Newfoundland. We went to Newfoundland and we really liked what we discovered.

Senator Cochrane: I sit here and balance off what I know about my own province. Listening to you, there are many similarities. As I understand it, the Newfoundland and Labrador Statistics Agency is a repository and they have a board that sits and sees the relevant information.

One thing I came away from in Newfoundland was someone who said, "There is a fine line here, that you could move this" — whatever name you want to put on it — this IT system or whatever; that it would become redundant and not manageable. I would like your opinion on that. I hear you say that your users feed into a central point from a number of sources. Then I thought of the word "clutter."

It must be relevant, clean, pure and whatever.

I know you know the background of why the Community Accounts became a living document in Newfoundland. We found ourselves at a crossroad after the collapse of the fisheries and the exodus of 30,000 people. What do we do with what we have?

population canadienne et les autres intervenants? Il faudrait inviter les responsables des banques de données provinciales. Il est intéressant de voir que les spécialistes de la technologie de l'information s'y sont déjà penchés. Ils sont très bien organisés.

Serait-il utile que nous demandions à Inforoute, à Statistique Canada et à l'ICIS, par exemple, de désigner des gens comme vous, des représentants provinciaux, pour participer à la table ronde? Est-ce que ce serait une mesure positive ou devrions-nous juste recommander que ce soit fait? De toute manière, ils vont concevoir pour nous un cadre à intégrer au rapport, mais ne devrions-nous pas adopter des mesures plus pratiques dès le départ?

Dr Neudorf : La question, c'est l'établissement des priorités. La place qu'occupe cet dans la liste des priorités relatives de chacun de ces groupes représente peut-être l'un des obstacles. Pour qu'elle soit placée au haut de la liste des priorités, il serait probablement très utile de recommander que ce soit une priorité et que ce soit fait pour divers ministères et paliers de gouvernement.

À l'heure actuelle, j'ai la chance de travailler avec un grand nombre de ces organisations en tant que conseiller. Je siège au conseil de l'ICIS. Je suis le président du conseil consultatif de l'Initiative sur la santé de la population canadienne et le président élu de l'ACSP, l'Association canadienne de santé publique. Je suis membre du conseil consultatif chargé des enquêtes sur la santé publique de Statistique Canada. Je communique avec ces gens individuellement et nous discutons de ces idées.

Toutefois, pour ce qui est d'un mandat et d'en faire une priorité ou un point d'intérêt, je crois que ce serait certainement utile.

Le président : J'ai pris trop de votre temps. Je vais céder la parole à d'autres sénateurs.

Je sais que le sénateur Cook a très hâte de vous poser des questions. Elle nous a convaincus d'aller à Terre-Neuve. Nous y sommes allés et avons vraiment aimé ce que nous avons découvert.

Le sénateur Cochrane : Je suis en train de comparer avec ce que je sais de ma province. À vous entendre, il y a de nombreuses similitudes. D'après ce que je comprends, le Newfoundland and Labrador Statistics Agency a un dépôt de données et un conseil qui siège et examine l'information pertinente.

Lorsque nous étions à Terre-Neuve, je me rappelle qu'une personne a dit, « La ligne est floue à tel point que ce système de TI » — quel que soit le nom que vous voulez lui donner — deviendrait redondant et ingérable. J'aimerais connaître votre opinion là-dessus. Je vous ai entendu dire que vos utilisateurs insèrent des données dans un système central à partir d'un certain nombre de sources. Le mot « fouillis » m'est alors venu à l'esprit.

Ce doit être pertinent, propre, pur, et cetera.

Je sais que vous savez pourquoi le Système de rapports sur les collectivités est devenu un document évolutif à Terre-Neuve. Nous nous sommes retrouvés à la croisée des chemins après l'effondrement des pêches et l'exode de 30 000 personnes. Quoi faire avec ce que nous avons?

It is working well. However, the more I hear in different parts of this great country of ours — what the provinces are doing — I think we would be remiss if we did not bring them all together.

I know you do it on a regular basis with your peers. However, someone like me who only understands it at a very small level, would get a better picture if I saw all of you around a table where I could listen to you share your knowledge. A prototype is what we desire to use as need be from Nunavut to our urban parts.

I think a prototype would be like building a sky scraper, will it not? It would be like using whatever you need that is peculiar to your region. I would like you to comment on that.

Dr. Neudorf: The potential for clutter is a huge challenge. When we first started approaching the various agencies to ask if they would be interested in sharing their data, the first response was silence in the sense of them wondering what we could possibly want with this data. They knew they had reams of data within each of their departments, but they had no idea what another sector would find interesting.

We spent an awfully long time examining with each of the agencies what their data sources are, how reliable they are, how clean they are, what they use them for and what their limitations are. We designed from that a subset of the data that has reliability and that others would be interested in. We started from that smaller subset.

The reality is, you do not know exactly what it is you will find useful until you start trying to use it. In many cases, the data does not get cleaner until you start trying to use it and find that it has limitations. We found that in health data within our hospitalization records, in mortality statistics and the things that we think are very high quality. It is true in the other sectors, as well.

We found the very act of approaching people and getting them to talk about sharing data, focuses on the quality of the data, its reliability and what small set of indicators would be useful for us to monitor in a shared way. It gets down to a very small subset that way. It has taken a long time to get to that level.

One of the drivers behind this is that most of those sectors did not have a dedicated analyst department to do this kind of proactive analysis of their individual data sets. They would use it for administrative purposes, but not for planning. We found that by focusing on a shared need, we could actually talk about something that might be sustainable in terms of the data cleaning, data maintenance and help with how to use the data.

What I am finding wasteful is that, if this is happening in multiple places across the country now, it is probably time for us to come together and share the knowledge we have gained. We need to find out where the dead ends are in this process and where

Ça fonctionne bien. Cependant, plus j'entends parler de ce qui se passe ailleurs dans notre beau grand pays — dans les autres provinces —, plus je pense que nous manquerions à notre devoir si nous ne rassemblions pas tous les intervenants.

Je sais que vous rencontrez vos pairs régulièrement. Toutefois, les gens comme moi qui n'ont qu'une vision parcellaire comprendraient bien mieux s'ils vous voyaient tous mettre en commun vos connaissances. Nous voudrions un prototype que nous pourrions utiliser, au besoin, du Nunavut aux zones densément peuplées.

Ce serait un peu comme construire un gratte-ciel, n'est-ce pas? Il faudrait tenir compte des caractéristiques particulières des régions. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Dr Neudorf : Le risque de confusion est grand. Lorsque nous avons commencé à solliciter les diverses organisations pour leur demander si elles accepteraient de mettre en commun leurs données, elles sont restées bouche bée, se demandant pourquoi nous voulions ces renseignements. Elles savaient qu'elles en avaient des quantités, dans chacun des ministères, mais n'avaient aucune idée de ce que les autres pourraient leur trouver d'intéressant.

Nous avons passé énormément de temps avec chacune d'entre elles, à étudier leurs sources et à déterminer le degré de fiabilité et de pertinence, l'utilisation ainsi que les limitations de ces renseignements. Nous en avons tiré un sous-ensemble de données fiables qui pourraient en intéresser d'autres. C'est là-dessus que nous nous sommes basés.

En réalité, on ne sait pas exactement ce qui pourrait être utile avant de s'en servir. Dans de nombreux cas, on ne peut épurer les données qu'après avoir utilisé la base et cerné ses limites. On s'en est rendu compte avec les fichiers d'hospitalisation, les statistiques de mortalité et les autres bases de données qu'on considère de bonne qualité. C'est vrai dans d'autres secteurs également.

Dès qu'on abordait les gens et qu'on leur suggérait de mettre leurs données en commun, on insistait sur la qualité de celles-ci, leur fiabilité et les indicateurs permettant une surveillance conjointe. On peut ainsi en arriver à délimiter un sous-ensemble restreint de données. Il nous a fallu beaucoup de temps pour y parvenir.

Cela s'explique en partie parce que la majorité de ces organisations ne disposaient pas d'équipes d'analystes pouvant examiner proactivement leurs jeux de données. Elles se servaient de ces renseignements pour l'administration, mais pas pour la planification. Nous nous sommes rendu compte qu'en nous concentrant sur les besoins communs, nous pouvions trouver une solution durable pour épurer les données, les tenir à jour et faciliter leur utilisation.

Si on a fait la même chose un peu partout au pays, c'est du gaspillage. Il est probablement temps de nous réunir et de mettre en commun les connaissances que nous avons acquises. Il faut trouver les solutions les plus prometteuses aux problèmes que

the most promising solutions are and then see if there is something we can develop with a common interest, which would only make sense from an efficiency perspective.

We have already found out in our province that all the other regions in our province would like to have access to the system that we have built already. There is a certain amount of provincial support moving into a feasibility study for making it a provincial system in our province, as well. I think the same is happening in many provinces.

Senator Cochrane: How accessible is your system?

Dr. Neudorf: Right now, it is accessible to the individual contributing agencies because it is in the prototype stage for them. Their analysts and decision-makers can use it, but we have not made the public side active yet. That will be launched in January, 2009.

Senator Cochrane: Newfoundland is on the web.

Dr. Neudorf: Yes, it is.

Senator Cochrane: It is free for all.

Dr. Neudorf: That is certainly our intent.

I have always erred more on the side that this data will be more useful in the hands of more people and we should ensure it is designed in such a way that people can understand it and use it in a "data liberation" sort of way.

Senator Cochrane: If we will move to the well-being of our people, surely we have to open up this wealth of information because NGOs do so much with so little. We heard it at home. They can have access to this for planning. It does not cost them one cent. Surely that will benefit our people.

They have moved from using the word "wellness" to "well-being," and I kind of like that. From school lunch programs to economic planning, every one is in and excited about it. With crime and justice, the RCMP is using this Community Accounts, and they are contributing to it. They have a board, maybe 15 or 20 people, who feed data. However, the instrument is the Newfoundland and Labrador Statistics Agency. The Premier has put a lot of money into this and I think that is why we are moving as well as we are.

The Chair: Unfortunately, the clock will not stop ticking and we are about to be evicted from the room.

I think the message is very clear. We will enlist your help together with some people from StatsCan and Infoway and CIHI, all of whom you know. We will do a round table so we can get this right for our report.

Thank you for what you have done out there. It is fantastic.

nous avons cernés, et essayer de mettre au point un système qui servirait notre intérêt à tous, ce qui ne serait que plus efficace.

Nous avons déjà remarqué que toutes les autres régions de notre province voudraient avoir accès au système que nous avons élaboré. Le gouvernement semble d'ailleurs assez favorable à une étude de faisabilité à l'échelle provinciale. On constate la même chose dans de nombreuses autres provinces.

Le sénateur Cochrane : Dans quelle mesure votre système est-il accessible?

Dr Neudorf : En ce moment, il est offert aux organisations participantes, parce qu'on n'en est qu'au stade du prototype. Leurs analystes et décideurs peuvent s'en servir, mais il n'est pas encore accessible au public. Il le sera en janvier 2009.

Le sénateur Cochrane : Le système de Terre-Neuve est sur le Web.

Dr Neudorf : Oui, en effet.

Le sénateur Cochrane : Il est accessible à tous gratuitement.

Dr Neudorf : C'est ce que nous avons l'intention de faire aussi.

J'ai toujours pensé que ces données seraient plus utiles si elles étaient davantage accessibles; le système doit être facile à comprendre et favoriser la « libération des données », en quelque sorte.

Le sénateur Cochrane : Si nous aspirons au bien-être de la population, j'imagine qu'il faut rendre cette mine d'informations publique, parce que les ONG, entre autres, font des miracles avec rien. C'est ce qu'on entend. Elles pourraient s'en servir pour la planification, gratuitement. La population en profiterait certainement.

L'expression « mieux-être » a été remplacée par « bien-être », et cela me plaît. Que ce soient les responsables des programmes de déjeuner scolaires ou ceux qui s'occupent de planification économique, tous sont enthousiastes et veulent participer. Dans le domaine de la criminalité et de la justice, la GRC utilise le système Community Accounts et y contribue. Un conseil de 15 à 20 personnes alimente la base de données. Toutefois, cet instrument relève du bureau de la statistique de Terre-Neuve-et-Labrador. Le premier ministre provincial y a investi considérablement, et je crois que cela explique que nous faisons d'aussi bons progrès.

Le président : Malheureusement, le temps file et nous allons bientôt nous faire expulser.

Je crois que c'est très clair. Nous vous demanderons votre aide, de même que celle de Statistique Canada, de l'Inforoute et de l'ICIS, que vous connaissez déjà. Nous organiserons une table ronde pour nous assurer de bien exposer la situation dans notre rapport.

Nous vous remercions de votre bon travail, c'est formidable.

The thing that really interested me about you from way back, as we were looking at witnesses, is the fact that you are from the Saskatoon Health Region. We need to find a way to the ground, as Dr. Bennett said. Thirty thousand feet will not do it. We need the people up at the top but we need to get to the ground to effect change. You are there. That is very gratifying. Thank you.

Dr. Neudorf: Thank you.

The committee adjourned.

OTTAWA, Wednesday, June 18, 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, we do not have a quorum but we are duly constituted. Therefore, we will begin with testimony from Louise Saint-Pierre, Project Manager, Centre de collaboration nationale — Politiques publique et santé.

[*Translation*]

Louise Saint-Pierre, Project Manager, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (National Collaborating Centre for Healthy Public Policy): First and foremost, I wish to thank you for your invitation. To begin, allow me to remind you that Quebec's Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé is one of six collaborating centres funded by the Public Health Agency of Canada. The Centre de collaboration sur les politiques favorables à la santé is a translation of the expression "healthy public policy", better known in English. The centre's mandate is to support the efforts of Canadian public health actors in promoting healthy public policy throughout Canada. It is in this context that the centre works to synthesize and transfer knowledge and to make stakeholders aware of the most appropriate strategies to promote healthy public policy. For this reason, the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy is interested in health impact assessment (HIA), which has been identified as a highly promising strategy to further the implementation of healthy public policies.

Since the centre's creation in 2006, we have undertaken a review of literature on HIA. In 2007, we conducted a fact-finding mission in England, Wales and Switzerland. We also organized a national roundtable on this topic, which shed light on how Canadian actors perceive the health impact assessment approach. We are monitoring with interest the use of HIA in Quebec. Therefore, our comments will be based on this information.

Vous avez attiré mon attention au début, quand nous étions en train de dépouiller les listes de témoins, parce que vous êtes de la région sanitaire de Saskatoon. Certes, il demeure essentiel d'avoir une vue d'ensemble et le recul nécessaire, mais comme l'a dit Mme Bennet, nous avons besoin de gens sur le terrain pour que les choses changent. Vous y êtes, et cela nous rassure. Merci.

Dr Neudorf : Merci.

La séance est levée.

OTTAWA, le mercredi 18 juin 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 contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, et pour en faire rapport.

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

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs, nous n'avons pas le quorum mais nous sommes néanmoins autorisés à commencer. Par conséquent, nous entendrons tout d'abord le témoignage de Mme Louise Saint-Pierre, chef de projets, Centre de collaboration nationale — Politiques publique et santé.

[*Français*]

Louise Saint-Pierre, chef de projets, Centre de collaboration nationale — Politiques publiques et santé : Je tiens tout d'abord à vous remercier de votre invitation. D'entrée de jeu, j'aimerais rappeler que le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé est un des six centres de collaboration financés par l'Agence de santé publique du Canada. Le Centre de collaboration sur les politiques favorables à la santé est une traduction du vocable « healthy public policy », mieux connu en anglais. Son mandat est de supporter les efforts des acteurs de santé publique à travers le Canada à travailler sur les politiques favorables à la santé. Pour ce faire, nous faisons la synthèse de connaissances et nous identifions les stratégies qui nous semblent les plus prometteuses pour travailler sur les politiques publiques favorables à la santé. C'est la raison pour laquelle on s'est intéressé à l'évaluation d'impact à la santé qui nous apparaît comme étant une stratégie très prometteuse pour arriver à implanter des politiques publiques favorables à la santé.

Depuis la création du centre en 2006, nous avons fait une revue littérature pour nous documenter sur cette approche. En 2007, nous avons mené une mission en Angleterre, au pays de Galles et en Suisse. Nous avons organisé une table canadienne sur l'évaluation d'impact sur la santé pour voir comment les acteurs canadiens perçoivent cette approche. Nous observons avec beaucoup d'intérêt l'expérience québécoise à l'intérieur du gouvernement en matière d'évaluation d'impact sur la santé. Nos commentaires se sont donc basés sur cette information.

We congratulate the subcommittee on its report and interest in population health. Like all public health actors, we believe that improving population health in Canada can only be achieved by reducing social inequalities in health and ensuring more effective interaction among the different non-health sectors. In fact, in your report, you indicate that 60 per cent of health factors are non-health-related. This is why, for the first time, we have created a centre dedicated to promoting healthy public policy in Canada. We hope to contribute to the strategy.

For this evening's meeting, the subcommittee is seeking input on two important questions. The first is whether or not it is necessary and realistic to make HIA a requirement at the federal level. If it is, what would the role of the various support agencies and authorities be?

By way of response, we would like to point out that in 1969, the United States was the first country to institutionalize environmental impact assessments. It was based on this success that interest for health impact assessments grew, particularly in Europe, where the approach is much more well known than in the U.S. or Canada.

Many stakeholders believe that it is time to apply this approach to population health, as it is an issue which concerns all population segments across the board, as does the environment. If we have reached a point in the environmental arena where industrialized countries have in the main institutionalized environmental impact assessments, many observers now believe that it is time for a similar phenomenon in the field of population health.

However, our literature review and the meetings we held provided insight into conditions that are conducive to the introduction and implementation of a mechanism such as HIA at the government level, and the challenges it presents. These conditions and challenges fall into three main categories. The first is strong leadership and political support. We know that such an approach requires cultural changes and embracing different methods. Second, institutional adjustments, particularly within government departments, must be made. Third, support for knowledge and capacity development is necessary. I will go over these points briefly and we will then have an opportunity to discuss them.

With respect to the first main category, strong leadership and political support, you will already have concluded from the international literature review concerning experiences in other countries that it is highly important to maintain a clear position at the highest level, which provides a solid foundation giving legitimacy to the efforts of promoters and champions of this approach. To this effect, we have identified four methods in the literature review. In your own document, you talk about institutionalizing practices, as a way of ensuring the approach's sustainability, even in the absence of its advocates. For example, in British Columbia, champions and promoters have been able to

Nous félicitons le sous-comité pour son rapport et l'intérêt qu'il porte à la santé des populations. Nous croyons, comme l'ensemble des acteurs de la santé publique, que pour améliorer la santé de la population au Canada on doit passer par la réduction des inégalités de santé et par une meilleure convergence et implication des secteurs en dehors de la santé. D'ailleurs, comme vous l'avez signalé dans votre rapport, 60 p. 100 des facteurs de santé sont en dehors du secteur de la santé. C'est la raison pourquoi, pour la première fois, on a créé un centre sur les politiques publiques favorables à la santé au Canada. Nous espérons pouvoir contribuer à cette stratégie.

Pour notre réunion de ce soir, vous posiez deux questions principales. La première est à savoir s'il est nécessaire et réaliste d'imposer un mécanisme d'évaluation d'impact sur la santé au palier fédéral? Et si oui, quel serait le rôle des différentes instances et organismes de soutien?

À titre de réponse à la première question, je crois qu'il est intéressant de rappeler qu'en 1969 les États-Unis furent les premiers à institutionnaliser l'évaluation d'impact environnemental. C'est vraiment sur ces succès que l'évaluation d'impact de la santé connaît un intérêt grandissant, particulièrement en Europe où la démarche est plus connue qu'en Amérique et au Canada.

Plusieurs observateurs considèrent qu'il est maintenant temps que le même phénomène se produise en regard de la santé de la population, à savoir qu'il s'agit là d'une préoccupation transversale, tout comme l'environnement. Si on ne réussit en environnement d'arriver à un point où l'ensemble des juridictions et des pays industrialisés ont institutionnalisé une approche d'évaluation d'impact en environnement, plusieurs observateurs considèrent que le même phénomène devrait maintenant se produire pour la santé.

Par contre, nous avons constaté dans la littérature et dans les rencontres que nous avons faites, plusieurs défis et conditions associés à l'implantation de l'évaluation d'impact de la santé au sein des gouvernements. Nous les avons résumés en trois grands thèmes. Le premier est le besoin d'un leadership et d'un soutien politique fort. On sait qu'une approche comme celle-là demande des changements de culture et des façons de faire différents. Deuxièmement, des arrangements institutionnels à l'intérieur des ministères doivent être apportés. Troisièmement, le soutien au développement des connaissances est nécessaire — j'en parlerai très rapidement après quoi nous aurons l'occasion d'échanger à ce sujet.

En ce qui concerne le premier grand thème, un leadership et un soutien politique fort, je crois que vous avez pu constater dans la revue de littérature sur les expériences dans d'autres pays à quel point il est important d'avoir une position claire de la plus haute autorité, qui puisse supporter les promoteurs et les champions de cette approche en toute légitimité. À ce titre, nous avons trouvé dans la littérature quatre grands moyens. L'institutionnalisation de la pratique, dont vous faites état dans votre document, assure une condition qui permet la pérennité d'une telle approche en allant au-delà des promoteurs. En Colombie-Britannique, par exemple, des champions promoteurs ont réussi à instaurer

apply HIAs at the government level. But once the government changed and the champions left, the approach was less frequently used.

Regulation or institutionalization can ensure a certain level of sustainability. Based on the experience of British Columbia, Quebec decided to institutionalize HIA by reintroducing it in a piece of legislation.

A second method which we have identified, which I believe you also highlighted in your work, is the existence of a body charged with accountability and the responsibility for following up on implementation.

Once again, this watchdog body would ensure that the necessary change comes into effect.

Another measure, which to our mind is effective, is a clear position at the highest authority, that being the federal government, expressed through a public statement to provide a solid foundation. Such official statements have been made in the United Kingdom, and by the European Commission with the Treaty of Amsterdam.

The fourth category, strong leadership, would mean setting population health goals based on a long-term vision. This was one of the major conclusions drawn by a group commissioned by Health Canada in 1996, that sought to understand how the HIA could be implemented. The group concluded that without a long-term vision, it is very difficult to achieve goals because the approach is a difficult one; a long-term and broad health vision must be strictly adhered to.

We have observed that the introduction of HIA requires adjustments within departments, in the relationships between departments and in the relationships between departments and legislative bodies. The two main adjustments identified in the literature are, firstly, the implementation of interdepartmental mechanisms or integration of responsibility for HIA into existing mechanisms, which we have already observed in some countries. Secondly, there must be consideration of the burden placed on the different departments as a result of the proliferation of impact clauses. This has occurred to some extent in the Quebec experience, where there is a host of impact assessments regarding health, the economy, and aboriginal persons. We must be sensitive to this.

Last, as has been observed once again in the Quebec experience, a clearly defined mechanism must be established to allow administrative and legislative branches to work together. Much can be done at the administrative level within the department to adopt new approaches. Sometimes, there are changes in the legislative branch and not everyone factors in this concern, the need to take health considerations into account when making decisions.

l'évaluation des impacts de la santé au sein du gouvernement. Lorsque le gouvernement a changé et que ces champions ont quitté, la pratique a diminué.

L'institutionnalisation ou la réglementation permet d'assurer une certaine pérennité. C'est en se basant sur cette expérience de la Colombie-Britannique que le Québec a décidé d'institutionnaliser la pratique EIS en la réintroduisant dans une loi.

Un deuxième moyen que nous avons repéré, et je crois que vous l'avez aussi souligné dans vos travaux, est l'existence d'une instance chargée de la reddition de compte ou du suivi de l'implantation.

Ce chien de garde permet d'assurer, encore une fois, le changement nécessaire.

Une autre mesure qui nous semble efficace consiste en une position claire de la plus haute autorité — dans ce cas-ci le gouvernement fédéral — souvent sous forme de déclaration publique, afin de fournir un ancrage solide. À titre d'exemple, on trouve de telles déclarations officielles au Royaume-Uni et à la Commission européenne avec le Traité d'Amsterdam.

Et la quatrième mesure pour ce thème, le leadership fort, serait l'établissement d'objectifs de santé populationnelle basés sur une vision à long terme. C'est entre autres une des grandes conclusions à laquelle en était venu un groupe canadien mandaté par Santé Canada, en 1996 je crois, pour essayer de comprendre comment on pourrait instaurer cette pratique d'évaluation d'impact sur la santé. Ce groupe en était venu à conclure que sans ces objectifs de santé de vision à long terme, il était très difficile d'atteindre les objectifs parce que c'est une approche qui est difficile et il faut pouvoir s'accrocher à cette vision santé qui est définie largement.

Nous avons observé que l'instauration de la pratique de l'ÉIS nécessite des ajustements à l'intérieur des ministères, dans les relations interministérielles et aussi dans les relations entre les ministères et les instances législatives. Les principales conditions qui semblent émerger des expériences rapportées sont, premièrement, la mise sur pied de mécanismes interministériels ou l'intégration de cette préoccupation à l'intérieur d'un mécanisme déjà existant — nous l'avons vu dans plusieurs pays aussi — et, deuxièmement, une attention à l'égard du fardeau imposé aux différents ministères devant la multiplication des clauses d'impact. Et c'est ce qui se passe un peu dans l'expérience québécoise, on se retrouve avec une panoplie d'évaluations d'impact sur la santé, sur l'économie, sur les Autochtones, et il faut apporter une sensibilité à cet égard.

Finalement, la troisième condition — encore une fois, on le voit un peu dans l'expérience québécoise —, consiste en l'instauration d'un mécanisme clair entre l'exécutif et le législatif. Beaucoup de travail peut se faire au niveau administratif au sein du ministère pour adopter de nouvelles façons de faire. Parfois, le législatif change et tous n'ont pas intégré cette préoccupation, cette nécessité d'inclure des considérations de santé dans leur décision.

Finally, and I will conclude on this comment, the third measure which seems imperative is supporting knowledge and capacity development.

Health impact assessments, particularly at the highly complex policy level, require a thorough knowledge of evaluation methodologies and impact analysis methods. Under this approach, a prospective analysis of the impacts on health of a given policy must be carried out, policies that do not have health as their primary objective. Therefore, there are methodological approaches to develop. A lot of knowledge has now been amassed, but not all public health actors are equipped with the necessary training to carry out this analysis.

Once again, through the literature review and practical experience, we have identified three conditions to foster skill and capacity development for stakeholders: firstly, the contributions of external organizations involved in the development of knowledge pertaining to analytical methods, the politico-administrative process and public health data — I believe this was also one of the findings of your subcommittee. Second, there must be an ability for organizations to train and support skills development. In Canada, many of these abilities must be brought together in a quest for synergy. Third, there must be increased financial resources. At times, assessments of attempts to implement this approach have revealed a lack of financial support to launch pilot projects and impact assessments.

Perhaps my colleagues would like to add a few comments on this subject.

With respect to support, I believe in development, in support, and in the use of HIA. It is worthwhile mentioning the case of Quebec. You are most certainly aware that the Quebec government has implemented HIA. Departments and non-health organizations are responsible for initiating health impact assessments, and the Department of Health supports other departments.

By passing this clause to amend the Public Health Act and implement HIA, the government has taken measures such as the creation of two full-time positions in the provincial Department of Health and Social Services. There is a service agreement with the Institut de santé publique du Québec, which provides highly technical expertise, and scientific opinions; something not possible within the Department of Health and Social Services. There is also a rather significant research project which is funded accordingly. Therefore, the Department of Health has developed a consortium of two research funds in health and in culture to support research activities with a view to better

Enfin — et je vais terminer là-dessus —, la troisième mesure qui nous semble impérative est le soutien au développement des connaissances et des capacités.

La pratique d'évaluation d'impact sur la santé, surtout au niveau des politiques qui sont très complexes, demande vraiment une meilleure connaissance des méthodologies d'évaluation ou d'analyse des impacts. Dans cette approche, il ne faut pas oublier qu'il s'agit de faire une analyse prospective des impacts potentiels sur la santé d'une politique qui n'a pas comme premier objectif la santé. Donc, il y a des approches méthodologiques à développer. Il existe beaucoup de connaissances maintenant, mais les acteurs de santé publique qui devront faire, par exemple, cette analyse n'ont pas tous cette formation.

Donc, concernant le développement des compétences et des capacités de plusieurs acteurs, encore une fois, nous avons repéré, dans la littérature et dans ce que les gens nous ont dit en regard de cette pratique, trois moyens ou trois conditions qui pourraient favoriser ou qui nécessitent, en fait, d'accompagner cette mesure : premièrement, la contribution d'organisation externe de développement des connaissances à la fois sur les méthodes d'analyse dont je viens de parler, mais aussi sur le processus politicoadministratif et sur les données de Santé publique — je crois que c'est aussi des constats que vous avez faits comme sous-comité —, deuxièmement, des organisations ou des instances qui permettent le développement de capacités de formation et de soutien au développement des capacités des personnes — au Canada, on a beaucoup de ces capacités, il s'agirait de les mettre en synergie —, et, troisièmement, des ressources financières accrues. Parfois, dans certaines évaluations de tentatives d'implantation de cette approche, le manque de soutien financier a été identifié comme étant un problème, soit pour faire des projets-pilotes — pour bien comprendre comment cela peut se faire — soit pour les évaluations d'impact.

Peut-être que mes collègues auraient aussi des choses à rajouter là-dessus.

En ce qui concerne ce soutien, je crois au développement, au soutien, à la pratique de l'EIS. Je crois qu'il peut être intéressant de mentionner l'exemple québécois et vous n'êtes pas sans savoir que le gouvernement québécois a instauré cette pratique d'évaluation d'impact à la santé. Ce sont les ministères et organismes autres que la santé qui ont la responsabilité d'initier les évaluations d'impact à la santé, et le ministère de la Santé vient en appui aux autres ministères.

En adoptant cet article de loi de la Santé publique qui instaure la pratique d'évaluation d'impact à la santé, le gouvernement a quand même mis en place des mesures comme la création de deux postes à temps plein au sein du ministère de la Santé. Il y a une entente de service avec l'institut de santé publique du Québec qui fournit une expertise plus pointue et des avis scientifiques, ce qui ne peut pas se faire à l'intérieur du ministère de la Santé. Il y a aussi un projet assez important, du financement assez important pour la recherche. Donc, le ministère de la Santé a développé un consortium avec deux fonds de recherche en santé et en culture et appuie des activités de recherche, à la fois pour comprendre le

understanding the politico-administrative process that I referred to earlier — I believe that you met with France Gagnon from that research group — but also to better understand health impacts.

In conclusion, we believe that the HIA is a powerful and necessary tool to spur cultural change because population health is important and the Government of Canada can act to reduce inequalities. However, HIA alone is not enough. It must be complemented with various measures to ensure better follow-up, assessment and support. And I believe that several of these measures are contained in your recommendations.

I do apologize for having exceeded the time allotted for opening statements. I would be pleased to answer your questions.

[English]

The Chair: Thank you, Ms. Saint-Pierre. Mr. Smith, please proceed.

John Smith, Director, Legislative and Regulatory Affairs, Canadian Environmental Assessment Agency: Thank you, Mr. Chair, for the opportunity to address the committee. I am joined by Tim Smith, Senior Policy Advisor, Canadian Environmental Assessment Agency. He has a particular focus on strategic environmental assessment.

We understand that part of the work of the subcommittee is to consider the potential use of health impact assessment in the development of federal policies and programs. We would like to spend a couple of minutes providing an overview of a process currently in place to examine the environmental impacts of policy, plan and program proposals at the federal level. We provided the committee with a short deck, which I will walk through with the committee.

There are two major elements of the federal framework for environmental assessment. The first element concerns legislative requirements that apply to projects for which the federal government has a decision-making role. When we talk about projects, we are talking about infrastructure, mines, hydro-electric developments and so on. Under the Canadian Environmental Assessment Act, an environmental assessment has to be conducted for any proposed project that requires federal funding, federal land, federal authorization or where the federal government is the proponent of the project.

The second element to the framework is probably more relevant to today's discussion and is called strategic environmental assessment, or strategic EA. Strategic EA deals with proposed policy, plan and program proposals and is governed by a cabinet directive that has been in place since 1990. The goal of this process is to provide decision makers with the best available information on the potential environmental implications of those proposals and thereby help to avoid downstream costs that might arise from potential environmental liabilities resulting from those programs or policies.

processus politicoadministratif dont je vous parlais tantôt — et je crois que vous avez rencontré France Gagnon de ce groupe de recherche —, mais aussi pour les impacts de santé.

Donc, en conclusion, nous croyons que l'évaluation d'impact sur la santé constitue un outil puissant et nécessaire pour favoriser le changement des cultures après qu'on ait fait le constat, que la santé de la population est importante, et que le gouvernement du Canada pourrait agir sur les inégalités. Mais comme mesure seule, ce n'est pas suffisant et cela prend nécessairement des mesures d'accompagnement et de soutien. Et je crois que plusieurs de ces mesures font partie de vos recommandations.

Je m'excuse pour avoir un peu excédé le temps imparti pour les présentations. Je suis disponible pour vos questions, évidemment.

[Traduction]

Le président : Merci, madame Saint-Pierre. Monsieur Smith, allez-y.

John Smith, directeur, Affaires législatives et réglementaires, Agence canadienne d'évaluation environnementale : Merci, monsieur le président de me donner l'occasion de témoigner devant le comité. Tim Smith, conseiller principal en politiques, Agence canadienne d'évaluation environnementale, m'accompagne. Il s'occupe principalement d'évaluation environnementale stratégique.

Nous savons que le sous-comité réfléchit notamment à la possibilité d'utiliser les évaluations de l'impact sur la santé lors de l'élaboration des politiques et programmes fédéraux. Nous voudrions vous donner un bref survol du processus établi actuellement pour mesurer les impacts environnementaux des politiques, des plans et des programmes proposés au niveau fédéral. Nous avons fourni aux membres du comité un petit document que je vais parcourir avec vous.

Le cadre de l'évaluation environnementale fédérale comporte deux éléments principaux. Tout d'abord, il y a les exigences législatives qui s'appliquent aux projets pour lesquels le gouvernement fédéral a un rôle de décideur. Par projets, nous entendons les infrastructures, les mines, les exploitations hydroélectriques, et cetera. Selon la Loi canadienne sur l'évaluation environnementale, une évaluation environnementale doit être faite pour toute proposition de projet exigeant un financement fédéral, l'utilisation de terres fédérales, une autorisation fédérale ou encore si c'est le gouvernement fédéral qui est à l'origine du projet.

Le deuxième élément du cadre est sans doute celui qui se rapporte le plus à notre discussion et il s'agit de l'évaluation environnementale stratégique, dite EES. L'EES porte sur les propositions de politiques, les plans et les programmes envisagés et elle est régie par une directive du cabinet depuis 1990. L'objectif est de fournir aux décideurs les renseignements les plus à jour sur les effets potentiels de ces projets sur l'environnement évitant ainsi les coûts occasionnés par d'éventuels dégâts écologiques résultant de ces programmes ou politiques.

The next slide talks about the key elements of the cabinet directive. It is required when a policy, plan or program proposal requires minister or cabinet approval and when the implementation of the proposal will result in either positive or negative environmental effects.

The key parts of a strategic EA include assessing the nature and scope of the potential environmental effects of the various options considered in the proposal. I would emphasize that the directive requires organizations to look at both positive and negative effects. The requirement is to identify the need for mitigation of adverse effects and how to do that or identify opportunities to optimize positive impacts. Finally, the strategic EA evaluates the importance of the final environmental effects and enhancement measures and looks at how important those effects are.

Whenever a strategic EA of a proposal is conducted, there is a requirement under the cabinet directive for the government to issue a public statement on the results of that strategic EA.

The next slide deals with the roles and responsibilities. Under the cabinet directive, all federal departments and agencies are responsible for undertaking a strategic EA of their own policies, plans and proposals whenever required. The department or agency is also responsible for ensuring that the findings of the strategic EA are integrated into their analysis of the various options and the recommendations presented to a minister or to cabinet. It is what we call a self-assessment approach that is intended to promote the integration of environmental considerations into the policy development process and the decision-making process across government.

The Canadian Environmental Assessment Agency provides support through training and guidance to other federal departments on the implementation of the cabinet directive. We are involved in policy development to further the practice of strategic EA.

Another important player in the process is the Privy Council Office, which has a role to ensure that departments and agencies are compliant with the directive when they review proposals going forth to cabinet. As well, Environment Canada has a role in providing expert advice.

In 2004, the Commissioner of the Environment and Sustainable Development conducted an audit of the federal government's performance in implementing this cabinet directive. Recently, they did a follow-up audit to look at progress in relation to the previous audit. The scope of the original audit looked at 12 departments, at our agency and at central agencies.

The results of the audit are summarized on the fifth slide. The Commissioner of the Environment and Sustainable Development identified some significant gaps in the application of the directive. The factors identified included insufficient senior management support for implementation, lack of central ownership and support, limited integration of considerations and decision making, and a lack of transparency. The commissioner made

Sur la diapositive suivante figurent les principaux éléments de la directive du cabinet. La directive s'applique quand une politique, un plan ou un programme proposé exige l'approbation du ministre ou du cabinet et quand la mise en œuvre du projet pourrait entraîner des effets positifs ou négatifs importants sur l'environnement.

Les éléments essentiels d'une EES comprennent une évaluation de la nature et de la portée des effets environnementaux de chacun des choix envisagés dans la proposition. Je souligne ici la nécessité de mesurer les effets positifs et négatifs. La directive exige de déterminer la nécessité de mesures d'atténuation au besoin ou la façon de maximiser les effets positifs. Enfin, l'EES doit évaluer l'importance des effets environnementaux et des mesures d'atténuation au total.

En tout état de cause, la directive du cabinet exige que le gouvernement fasse une déclaration publique sur les effets environnementaux annonçant le résultat de l'EES.

La diapositive suivante décrit les rôles et les responsabilités. La directive du Cabinet exige que tous les ministères et organismes fédéraux procèdent à une EES de leurs politiques, plans et propositions, au besoin. Le ministère ou l'organisme doit veiller à intégrer les résultats de l'EES aux analyses des diverses options et recommandations présentées au ministre ou au Cabinet. C'est ce que nous appelons l'autoévaluation pour promouvoir l'intégration de considérations environnementales dans le processus d'élaboration de politique et de prise de décisions à l'échelle du gouvernement.

L'Agence canadienne d'évaluation environnementale, grâce à des sessions de formation et à des directives, offre aux autres ministères fédéraux des conseils pour l'application de la directive du Cabinet. Nous participons à l'élaboration d'une politique pour promouvoir l'application de l'EES.

Dans ce processus, le Bureau du Conseil privé joue un rôle important car au moment où il revoit les propositions des ministères et organismes, il vérifie si ces derniers se sont conformés à la directive. En outre, Environnement Canada a un rôle d'expert-conseil.

En 2004, la commissaire à l'environnement et au développement durable a fait une vérification pour déterminer si le gouvernement fédéral respectait la directive du Cabinet. Récemment, il y a eu une vérification de suivi pour mesurer les progrès réalisés. La première vérification portait sur 12 ministères, sur notre agence et sur les organismes centraux.

Le résultat de la vérification fait l'objet de la cinquième diapositive. La commissaire à l'environnement et au développement durable a conclu qu'il existe des lacunes importantes dans l'application de la directive. Parmi les facteurs responsables de la situation elle a noté : le soutien insuffisant de la part du personnel de la haute direction, l'absence de prise en charge centralisée et d'encadrement, la faible prise en compte des

several recommendations, one being a request that the government undertake an evaluation of the cabinet directive.

We have begun work on that evaluation as recommended and as the government agreed to do. The intent of the evaluation is to review compliance with the cabinet directive across government and, perhaps more important, how effective it has been. It will review the extent to which environmental considerations are integrated into the development of policies, plans and programs and whether and how that integration has impacted the outcomes of those policies, plans and programs.

We are hoping that the evaluation will result in recommendations that will both strengthen and measure the implementation of integration of environmental considerations into policies, plans and programs. We expect the final evaluation report in March 2009 to include recommendations on improving the performance of the directive and the measurement that I mentioned.

We see some general similarities between the process of strategic environmental assessment and proposals and discussion around health impact assessment. Both are mechanisms for evaluating the impact of policies, plans and programs. For most departments, assessing the environmental or health impacts of a proposed policy likely requires the consideration of impacts that go beyond the department's regular mandate. The challenges of developing whole-of-government approaches and ensuring clear accountability, enforcement and transparency, which we have seen through the work of the Commissioner of the Environment and Sustainable Development, we expect would also be challenges in health impact assessment. Ms. Saint-Pierre touched on some of those issues.

Both the report of the Commissioner of the Environment and Sustainable Development and our upcoming evaluation of the cabinet directive could provide valuable lessons learned from our processes. That could inform future development of a federal health impact assessment.

The Chair: Thank you. We will move to questions.

[Translation]

Senator Pépin: Discussing health impact assessments raises the question of whether or not it is realistic to conceive HIA as a permanent element in all legislation and in all new federal programs. Do we have the necessary resources, capacity and knowledge to roll out such a program? What would be the approximate cost of this program?

Ms. Saint-Pierre: Is it realistic to think so? I believe that at least one province has already done so.

Senator Pépin: Quebec.

facteurs environnementaux dans le processus décisionnel, et un manque de transparence. La commissaire a fait plusieurs recommandations, notamment que le gouvernement procède à une évaluation détaillée de la directive du Cabinet.

Le gouvernement a accepté cette recommandation et nous avons commencé le travail nécessaire. Nous voulons déterminer dans quelle mesure on se conforme à cette directive dans les ministères et, ce qui est peut-être plus important, son efficacité. Nous allons examiner dans quelle mesure les considérations environnementales sont intégrées à l'élaboration de politiques, plans et programmes et quelle incidence cette intégration a eu sur le résultat de ces politiques, plans et programmes.

Nous espérons que notre travail aboutira à des recommandations en vue de stimuler l'intégration de considérations environnementales aux politiques, plans et programmes et d'en mesurer l'incidence. Notre rapport final devrait être prêt dès mars 2009 et il comportera des recommandations pour améliorer l'application de la directive et les mesures que j'ai citées.

Il y a des points communs entre le processus d'évaluation environnementale stratégique et l'évaluation de l'impact sur la santé que l'on envisage. Les deux mécanismes évaluent l'impact des politiques, plans et programmes. Pour la plupart des ministères, toute évaluation, environnementale ou de l'impact sur la santé, exige que l'on tienne compte d'impacts au-delà des limites du mandat spécifique au ministère. Nous nous attendons à retrouver lors de l'application de l'évaluation de l'impact sur la santé les mêmes défis que nous avons dû relever en adoptant une approche pangouvernementale, exigeant une reddition de comptes, une application rigoureuse et une transparence réalisées grâce au travail de la commissaire à l'environnement et au développement durable. Mme Saint-Pierre a fait allusion à cela.

Le rapport de la commissaire à l'environnement et au développement durable et le résultat de notre évaluation de l'application de la directive du Cabinet pourraient permettre de tirer des leçons profitables de nos processus. Cela pourrait éclairer les éventuelles évaluations de l'impact sur la santé menées par le gouvernement fédéral.

Le président : Merci. Nous allons passer aux questions.

[Français]

Le sénateur Pépin : Lorsqu'on parle des études de l'EES, à ce moment, on se dit : est-ce réaliste de songer que cela puisse devenir un élément permanent de toutes les lois et de tous les nouveaux programmes fédéraux? Est-ce qu'on dispose des ressources nécessaires, de la capacité et des connaissances voulues pour être capables d'effectuer ce programme? Quel serait le coût, juste pour dire, à peu près?

Mme Saint-Pierre : Est-ce réaliste de croire? Je crois qu'une province au moins l'a fait.

Le sénateur Pépin : Au Québec.

Ms. Saint-Pierre: Certain countries have implemented it, as well as certain cantons of Switzerland. This is exactly why we made a point of reminding you of the environmental impact assessment. The environmental assessment impact has been implemented in all countries, in all jurisdictions. All industrialized countries have systematically implemented the environmental impact assessment. This is why we are saying that political will must be set as a first condition.

Senator Pépin: You talked about leadership. Which brings us back to the Quebec model. How many departments have adopted HIAs in Quebec? Is HIA integrated in all proposals, or strictly in political proposals? How does it work? Are there departmental officials who are in charge of this? How are things coordinated?

Ms. Saint-Pierre: Under the public health act, departments and organizations are required to make sure that their laws and regulations will not have any detrimental impact on health. The Department of Health is responsible for making sure that this provision in the act is complied with. It was decided that departments and organizations would be responsible for taking the first step, the screening stage, and for ensuring that the assessment, laws and regulations do not have a negative impact. The Department of Health provides very significant support to all departments and organizations, and has developed a five-step guide.

The beauty of the HIA approach, which has been considerably developed in Europe, as I mentioned earlier, is based on several years of experience with the environmental impact assessment. There are tools, guides and methods that have been developed and are available on the web.

The Department of Health and Social Services of Quebec has developed a guide for departments. It has also set up a network of respondents. At the request of the minister or cabinet, each department delegates one person per department to participate in the network. It is a network, rather than a committee, because the goal is to raise awareness and inform people of the impacts and determinants of health. It is not a “go” or “no go” approach.

This program is, rather, about education, exchange and sharing. Departments and organizations must comply with the provisions of the act. In actual fact, in some departments health objectives are more closely aligned with their respective mandates than in other departments, and the former are more inclined to carry out a health impact assessment.

Senator Pépin: Mr. Smith, when we look at the whole process that brought in environmental impact assessments, we see that it has been a success. Your documents tell us that it has been a success. Could we see a similar process used to introduce the health impact assessment?

[English]

Mr. John Smith: On one level, the basics of the process are fairly simple. In other words, when you are developing a policy, a plan or a program that requires ministerial or cabinet approval, it is required, as a matter of good policy development, to consider

Mme Saint-Pierre : Des pays l'ont fait, et certains cantons de la Suisse l'ont instauré. C'est pour cela que d'entrée de jeu, on rappelait l'évaluation d'impact en environnement. Cela se fait maintenant dans tous les pays, dans toutes les juridictions. Tous les pays industriels ont instauré de façon systématique l'évaluation d'impact sur l'environnement. C'est la raison pour laquelle nous disons que la première condition est sans doute la volonté politique.

Le sénateur Pépin : Comme vous l'avez dit, le leadership. On revient au Québec. Combien de ministères font des EES au Québec? Sont-ils faits dans toutes les propositions ou ne sont-ils faits qu'avec des propositions politiques? Comment cela fonctionne-t-il? Est-ce le personnel ministériel qui s'occupe de cela? Comment font-ils la coordination?

Mme Saint-Pierre : Selon l'article de loi de santé publique, on demande aux ministères et organismes de s'assurer que leurs lois et règlements n'aient pas d'impacts négatifs sur la santé. Le ministère de la Santé est responsable de s'assurer que cet article de loi soit mis en vigueur. La décision qui a été prise était que ce sont les ministères et organismes qui sont responsables de faire la première étape, le « screening » et de s'assurer que l'évaluation, les lois et les règlements n'ont pas d'impact. Le ministère de la Santé apporte un soutien très important à l'ensemble des ministères et organismes, entre autres, en ayant développé un guide en cinq étapes.

La beauté de l'approche EES, qui s'est développée beaucoup en Europe, comme je l'ai dit un peu plus tôt, et qui se base sur les expériences de plusieurs années en environnement, c'est qu'il y a beaucoup d'outils, de guides, de façons de faire qui ont été développées et qui sont disponibles sur la toile.

Donc le ministère de la Santé et des Services sociaux au Québec a développé un guide à l'intention des ministères. Ils ont mis aussi sur pied un réseau de répondants. Chacun des ministères a, à la demande du ministre ou du cabinet, délégué une personne par ministère qui fait partie de ce réseau. On l'appelle davantage réseau que comité parce que l'objectif est de sensibiliser et d'informer sur les impacts et les déterminants larges de la santé. Ce n'est pas une approche « go » ou « no go ».

Il s'agit davantage d'éducation, d'échange et de partage. Le fait que ce soit dans la loi oblige les ministères et les organismes. Dans les faits, il y a des ministères pour lesquels les objectifs de santé sont beaucoup plus prêts de leur mission que d'autres ministères et sont plus enclins à faire l'évaluation d'impact à la santé.

Le sénateur Pépin : Monsieur Smith, lorsqu'on regarde tout le processus qui a été fait de l'étude d'impact environnemental, cela a été un succès. Nous avons lu sur vos documents que cela a été un succès. Est-ce qu'on pourrait avoir un processus semblable pour appliquer le EES?

[Traduction]

M. John Smith : Les rouages du processus sont assez simples. Autrement dit, au moment de l'élaboration d'une politique, d'un plan ou d'un programme qui exige l'approbation du ministre ou du cabinet, on est tenu, pour que l'élaboration soit exemplaire, de

the impacts of that proposal in a number of areas, looking at whether it will achieve the results that you have set out to achieve, whether it will solve the problem you are trying to solve and to look at costs and impacts on society.

One element of that analysis has to be the impacts on environment. The cabinet directive requires that, as part of your broad analysis that should be done as part of good policy development, one of those elements is consideration of the effects on the environment. On one level, it is simple. Is it reasonable to implement? As I mentioned, our cabinet directive has been in place since 1990. Is it effective? That will be the subject of the evaluation that we are undertaking.

The report from the Commissioner of the Environment and Sustainable Development has indicated that the reality of the implementation is that there are problems in some areas. The application of the directive and the quality of the assessments, we suspect, are rather uneven. We know there are some good examples where it has been done reasonably well.

Regarding the methodology, over the years there has been a great deal of information about methodologies for considering environmental impacts, whether of projects or policies developed. The challenge is to ensure that it is done early, that it is done well and that it becomes an integral part of policy and program development.

[Translation]

Senator Pépin: Under the Quebec legislation, the minister can give orders to other ministers, he or she can be proactive. Do you think that ultimately, this could be done in the federal government?

Ms. Saint-Pierre: I do not know if I can answer that. In fact, I would say that one of the paragraphs of section 54 — there are 2 — gives the health minister this power to notify his colleagues. I believe that this type of exchange is possible when ministers are sitting down together making decisions, and everyone can see the impacts involved.

To implement this section of the act, the Minister of Health is required to have solid information based on conclusive evidence. I believe that health impact assessments are in keeping with this type of public policy that is based on information derived from research and conclusive data. This is why, through the agreement with the Institut de santé publique du Québec, we are developing public health directives upon the request of the Department of Health.

The Department of Health consults other departments to learn of their concerns and raise awareness concerning the health impacts of their decisions, be they related to housing or transportation. Knowledge-based concerns are raised.

Currently the Institut de santé publique is being asked to develop solid directives. This could take several months, and these directives are then handed over to the Department of Health, which uses them when needed.

mesurer l'impact de la proposition dans divers domaines, à savoir si la politique va aboutir au résultat escompté, si elle va résoudre le problème que l'on tente de résoudre et on doit en analyser les coûts et les impacts pour la société.

Un élément de cette analyse est l'analyse des impacts sur l'environnement. La directive du Cabinet exige outre l'analyse générale que l'on doit effectuer pour que l'élaboration de la politique soit exemplaire, de mesurer les effets sur l'environnement. À ce niveau-là, c'est simple. La directive est-elle justifiée? Comme je l'ai dit, cette directive existe depuis 1990. Est-elle efficace? C'est ce que nous tenterons de déterminer grâce à l'évaluation que nous menons à bien actuellement.

Le rapport de la commissaire à l'environnement et au développement durable révèle que dans la mise en œuvre, certains problèmes surgissent. Nous soupçonnons que l'application de la directive et la qualité des évaluations sont plutôt inégales. Nous savons, grâce à des cas exemplaires, que les choses ont été faites plutôt correctement.

Quant à la méthodologie, au fil des ans nous avons beaucoup appris sur les méthodes d'analyse des impacts environnementaux des projets ou des politiques mis en œuvre. L'essentiel est d'agir promptement, avec rigueur, et d'intégrer cette analyse à l'élaboration des politiques et des programmes.

[Français]

Le sénateur Pépin : Dans la loi du Québec, le ministre peut donner des ordres à d'autres ministres, il est proactif. Pensez-vous qu'en définitive, on pourrait appliquer cela à un gouvernement fédéral?

Mme Saint-Pierre : Je ne sais pas si je peux répondre. Je dirais, en fait, que cet alinéa de l'article 54 — il y en a 2 — confère cette possibilité au ministre de la Santé d'aviser ses collègues. Je crois que ce genre d'échange se fait autour des tables de décision des ministres où chacun peut voir un peu les impacts.

Pour mettre en œuvre cette partie de la loi, cela nécessite que le ministre de la Santé ait des informations solides basées sur des données probantes. Je crois que l'évaluation d'impact de la santé est dans cette mouvance de politique publique basée sur des informations de recherche, des données probantes, d'où la raison de cette entente avec l'Institut de santé publique du Québec qui développe des avis de santé publique à la demande du ministère de la Santé.

Le ministère de la Santé consulte les autres ministères pour connaître un peu leurs préoccupations et ce qu'ils aimeraient avoir à partir du moment où ils sont de plus en plus sensibilisés aux impacts sur la santé que peuvent avoir leurs décisions, que ce soit sur le logement ou sur le transport. Des préoccupations de connaissance sont soulevées.

À ce moment l'Institut de santé publique est sollicité pour développer des avis solides, cela peut prendre quelques mois, et ces avis sont donnés au ministre de la Santé qui les utilise lorsqu'il en a besoin.

[English]

Mr. John Smith: Similar to what Ms. Saint-Pierre said, in the development of policies or plans that go to cabinet, there is an opportunity for sharing and discussion amongst various departments and to bring various opinions to the table to affect the policy.

Your question strikes at the heart of the process as it is set up as a self-assessment process. Is it better to have a self-assessment process? The advantages are that the organizations that are developing the particular policy know their business, know the policy, the results they are trying to achieve and the area they are dealing with. There are also advantages to integrating the environmental considerations to all of the thinking they do in developing their policy. There are advantages to the self-assessment process.

As I mentioned, the Commissioner of the Environment and Sustainable Development has pointed to concerns about lack of central ownership. A process where a single minister or a single organization was responsible for doing that assessment perhaps might have some advantages in being able to develop some expertise in the assessment, but then that minister or organization would be applying their expertise in many different policy areas that they were less familiar with, and there are also questions about responsibility for decision making. I do not think there is one clear answer. What should be taken into consideration are the relative merits of both systems, perhaps, looking for a system where there is a body that has the expertise that the other departments can rely on to ensure the quality of their assessments.

Senator Callbeck: Ms. Saint-Pierre, you mentioned British Columbia. I believe they had an assessment from 1993 to 1999, and they have not got it now. Does the system in Quebec differ from the assessment they had in British Columbia?

[Translation]

Ms. Saint-Pierre: It is quite similar because this approach is in line with promoting population health. It is similar.

In fact, the idea is to make sure that when public policies are being developed, health is taken into consideration, they are examined from the health impact angle, just as the economic impacts of policies are considered, among others. This is what I know, because it lasted for several years; the same approach was used. In British Columbia, there is no law that obliges all departments to take such action.

[English]

Senator Callbeck: You therefore feel legislation is essential, then.

Ms. Saint-Pierre: Yes.

Senator Callbeck: That is one of the lessons that we learned.

Ms. Saint-Pierre: Yes.

[Traduction]

M. John Smith : Tout comme ce qu'a dit Mme Saint-Pierre, lors de l'élaboration des politiques et des plans présentés au cabinet, divers ministères se concertent et procèdent à des discussions pour multiplier les points de vue présentés.

Votre question porte essentiellement sur le processus en tant qu'autoévaluation. L'autoévaluation est-elle supérieure? Les organismes qui élaborent une politique donnée connaissent bien leur domaine, connaissent la politique, savent les résultats visés et les secteurs d'application. Ils trouvent avantage à intégrer des considérations environnementales à toute la réflexion qui précède l'élaboration d'une politique. Le processus d'autoévaluation offre des avantages.

Je le répète, la commissaire à l'environnement et au développement durable s'est dite inquiète de l'absence de prise en charge centralisée. Il peut arriver qu'un ministre ou un organisme tire profit du fait d'avoir fait une évaluation mais, avec les leçons tirées de cette évaluation-là, le ministre ou l'organisme peut être inspiré au moment où ils doivent s'attaquer à un domaine différent, qu'il leur est moins bien connu car la responsabilité des décisions leur incombe. Je ne pense pas qu'il y a ait une seule réponse valable. On doit prendre en compte les mérites relatifs des deux systèmes, sans doute, et tenter de constituer un bassin de références dont les autres ministères pourraient s'inspirer pour veiller à la qualité de leurs évaluations.

Le sénateur Callbeck : Madame Saint-Pierre, vous avez parlé de la Colombie-Britannique. Je pense qu'on a procédé à une évaluation de 1993 à 1999, dont on n'a pas encore les résultats. Le système en place au Québec diffère-t-il de l'évaluation menée en Colombie-Britannique?

[Français]

Mme Saint-Pierre : C'est très similaire puisque cette approche vient quand même de tout le courant de promotion de la santé ou santé de la population. C'est similaire.

En fait, l'idée est de s'assurer que lors du développement des politiques publiques, un éclairage santé soit apporté comme un éclairage économique ou d'autres types d'éclairage sur les impacts possibles. C'est sensiblement ce que je connais, parce que cela a duré quelques années, c'est la même approche. En Colombie-Britannique, il n'y a pas eu de loi pour obliger l'ensemble des ministères.

[Traduction]

Le sénateur Callbeck : Vous pensez donc qu'il est essentiel de légiférer, n'est-ce pas?

Mme Saint-Pierre : Oui.

Le sénateur Callbeck : C'est une chose que nous avons apprise.

Mme Saint-Pierre : Oui.

Senator Callbeck: Did we learn anything else from British Columbia?

[Translation]

We also drew another lesson from the presence of champions. This is another different approach. It is innovative. During a meeting held on the 22nd, with people from British Columbia, we learned certain things. Not only government leaders, but academic leaders and NGO leaders set out the broad outlines, the significant lessons. Together, they sent several messages to create one single discourse and make sure that as many people as possible subscribed to it. There was a lesson to be learned.

Another lesson was the establishment of broad health objectives. At the time British Columbia was developing its population health program, based on a long-term vision, with broadly defined health objectives.

These are positive points which led to the acceptance of this approach by the government. I refer to one difficulty that was also noted by an observer, that pertaining to methodology. This approach is based on the environmental impact assessment on physical health, direct causes, such as dump sites and the release of toxic emissions. One can easily make the link between health and the population.

From a social perspective, it is very difficult to draw the same linear, cause-and-effect relationship as it is with exposure to a substance and health. Therefore, the approach did not enjoy any scientific credibility, as did the environmental impact assessment. Difficulties arose when the government tried to evaluate the effectiveness of this approach and concluded that it would be ineffective in modifying population health. It was unrealistic to come to such a conclusion over such a brief period of time.

That is one the reasons why the approach did not last over time.

[English]

Senator Callbeck: I want to come back to this proactive advice of the Minister of Health. Is that in legislation, that the Minister of Health has that power?

Ms. Saint-Pierre: Yes.

Senator Callbeck: Is the Minister of Health supposed to give that advice after the impact study is done?

[Translation]

Ms. Saint-Pierre: Yes, that is why we have an agreement with the Institut de santé publique.

[English]

Senator Callbeck: Mr. Smith, with regard to the environmental input assessment, what have been the major problems or challenges in implementing this?

Le sénateur Callbeck : A-t-on tiré un autre enseignement de l'expérience de la Colombie-Britannique?

[Français]

Une autre leçon a été la présence des champions. C'est une façon de faire différente. Ce sont des innovations. Nous avons appris de la rencontre que nous avons tenue le 22 où il y avait des gens de la Colombie-Britannique. Des leaders, pas seulement au sein du gouvernement, mais des leaders académiques et des ONG ont un peu tracé les grandes leçons. Ensemble ils ont envoyé plusieurs messages pour créer le discours et faire en sorte qu'il y ait le plus de gens possible qui adhèrent. Il y avait cette leçon.

L'autre leçon était l'établissement des objectifs de santé large, c'est une époque où la Colombie-Britannique développait son programme de santé des populations avec une vision à long terme, et une santé définie largement.

Ce sont les points positifs qui ont apporté cette approche au sein du gouvernement. Une des difficultés qu'ils auraient éprouvée, selon un observateur, aurait été la difficulté méthodologique à laquelle je faisais référence, puisque cette approche vient de l'environnement où les évaluations d'impact en environnement sont des évaluations d'impact sur la santé physique, avec une causalité linéaire, comme un site d'enfouissement avec un dégagement d'émanations toxicologiques. On peut très bien faire ce lien avec la santé et la population.

Dans le domaine social, il est très difficile de faire ce même lien de relation exposition effets sur la santé. Donc l'approche n'avait pas la crédibilité scientifique que pouvait avoir l'approche en environnement et cela a créé des difficultés lorsque le gouvernement a voulu évaluer l'efficacité de cette approche qui a été jugée inefficace à changer la santé de la population. C'était irréaliste, en si peu de temps.

C'est une des raisons pour lesquelles cela ne s'est pas maintenu dans le temps.

[Traduction]

Le sénateur Callbeck : Je voudrais revenir au conseil proactif offert par le ministre de la Santé. Est-ce la loi qui donne ce pouvoir au ministre de la Santé?

Mme Saint-Pierre : Oui.

Le sénateur Callbeck : Le ministre de la Santé est-il censé donner ce conseil une fois l'étude d'impact terminée?

[Français]

Mme Saint-Pierre : Oui c'est la raison de cette entente avec l'Institut de santé publique.

[Traduction]

Le sénateur Callbeck : Monsieur Smith, y a-t-il eu des problèmes graves ou des défis dans la mise en œuvre des évaluations environnementales?

Mr. John Smith: I would point to what the Commissioner of the Environment and Sustainable Development had done, which dealt with what the commissioner felt was lack of leadership and central support. One of main issues was lack of central ownership and leadership to ensure that the findings of the assessments were followed through on.

Senator Callbeck: You said the Privy Council oversees departments to ensure that they are following the directives. Is that right?

Mr. John Smith: It has a general oversight role in terms of policy and programs coming to cabinet, and so it looks at all of the memoranda and policies coming to cabinet to ensure that the analyses and recommendations are appropriate for cabinet consideration.

The Chair: I would like to ask both of you to address the following: Our report is unfolding now. It will be out in December. We have done four preliminary reports, as you know. We are headed — at least at this point in time, until we are convinced to change directions a bit by people like yourself — to recommend a whole-of-government approach, even though we have met many naysayers who say we cannot do this. However, other countries are doing it, some provinces are doing it, and even Ontario is doing it now. We intend to recommend that at the very beginning there be a whole-of-government approach to population health.

We will have a tremendously strong emphasis on the correction of health inequities, which are huge in Canada and often indefensible. In fact, even though I am on public transmission, I would say they contravene human rights, I believe.

We will be fairly forceful with regard to the need to address and correct this. We will be emphasizing that we think health impact analysis is possible, can be done, and should be implemented across the country. We will be recommending an information highway, so to speak, for population health that will link community, civic data banks, provincial data banks, federal data banks, and any other data banks that are relevant, and it will involve Statistics Canada, the Canada Health Infoway, the Canadian Institute for Health Information initiative, and so forth.

Fundamentally, that is what we want to see. We are very impressed with this program in Newfoundland, thanks to Senator Cook, who talked us into going there because she is from Newfoundland. They have at their fingertips information on the well-being of every community in Newfoundland. However, more than that — which is truly impressive — they can display the change in well-being for each community of Newfoundland.

When that is coupled with some of the initiatives we see in Saskatchewan, Manitoba, Quebec, Ontario and some of the data banks on the native reserves — I mean the good data banks — I do believe that Canada, collectively, is coming into a position to address and correct health inequities. It will not happen

M. John Smith : Je rappellerais ici les propos de la commissaire à l'environnement et au développement durable, à savoir qu'elle estimait qu'il y avait une absence de prise en charge centralisée et d'encadrement. Une des principales difficultés est l'absence de prise en charge centralisée pour garantir que les conclusions des évaluations ont été suivies jusqu'au bout.

Le sénateur Callbeck : Vous avez dit que le Bureau du Conseil privé surveillait les ministères pour s'assurer qu'ils respectent les directives. C'est bien cela n'est-ce pas?

M. John Smith : Le bureau a pour rôle de surveiller l'ensemble des politiques et des programmes présentés au Cabinet. Ainsi, il prend connaissance des mémoires et des énoncés de politique pour s'assurer que les analyses et les recommandations qu'ils contiennent sont prêtes à être examinées par le Cabinet.

Le président : Je voudrais que tous deux vous répondiez à ma requête. Notre rapport est en cours de préparation. Il sera prêt en décembre. Nous avons rédigé quatre rapports préliminaires, comme vous le savez. À moins que des témoins comme vous nous amènent à changer de cap, nous avons l'intention de recommander une approche pangouvernementale même si cette notion a rencontré un grand nombre de détracteurs. Toutefois, l'approche a été retenue dans d'autres pays, dans certaines provinces, même en Ontario actuellement. D'emblée, nous avons l'intention de recommander une approche pangouvernementale en matière de santé des populations.

Nous allons souligner fermement la nécessité de redresser les inégalités en matière de santé, lesquelles, au Canada, sont énormes et souvent inadmissibles. Peu importe que je le dise en public mais en fait j'irais jusqu'à dire que ces inégalités sont une violation des droits de la personne, à mon avis.

Nous allons être très fermes et réclamer qu'on remédie à ces inégalités. Nous allons dire haut et fort que nous estimons que l'analyse d'impact sur la santé est possible, peut être faite, et doit l'être à l'échelle du pays. Nous allons recommander une autoroute information santé en matière de santé des populations qui va interrelier les collectivités, les banques municipales de données, les banques provinciales et fédérales et toute autre banque de données pertinente. Nous allons demander la participation de Statistique Canada, de l'Inforoute Santé Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé, et cetera.

Voilà ce que nous souhaitons pour l'essentiel. Nous sommes très impressionnés par le programme en vigueur à Terre-Neuve, et c'est grâce au sénateur Cook que nous avons été convaincus d'aller nous renseigner sur place, car elle est de Terre-Neuve. Le programme offre promptement des renseignements sur le bien-être de toutes les collectivités terre-neuviennes. Qui plus est — et c'est vraiment impressionnant — le programme permet de visualiser les modifications dans le bien-être de toutes les collectivités terre-neuviennes.

Si l'on combine cela avec certaines initiatives lancées en Saskatchewan, au Manitoba, au Québec, en Ontario et des banques de données sur les réserves autochtones — et j'entends par là les bonnes banques de données —, je pense que le Canada, grâce à un effort collectif, pourra s'attaquer aux inégalités en

overnight, but I believe that we, as a nation, cannot dodge the bullet any longer, and that is fundamentally what our report is all about.

Ms. Saint-Pierre, you had experience with this at the provincial level. Mr. John Smith, you have had experience with the attempted whole-of-government approach in the environment. Tell us about the foibles of our plan and how you would do it if you were doing it.

Ms. Saint-Pierre: Your question is what we think about your plan; is that correct?

The Chair: Yes. Tell us what is defective in the plan, and what will work and what will not work.

[Translation]

Ms. Saint-Pierre: In fact, I believe your position is very much in line with the majority of countries, where ways in which the health of populations can be improved are being considered. You are quite right to say that in Canada, there are many resources we are not necessarily aware of.

Two things come to mind: The idea of having data banks and information is no doubt the cornerstone upon which we can build projects, and especially be able to determine what needs to be done, regardless of the strategies that we choose to monitor improvements in population health. I am sure that is no doubt the first step.

What we have been very happy to note, at the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, which is a pan-Canadian and horizontal organization, are the initiatives that have been undertaken, very diverse in nature, in each of the provinces; we also see a lack of awareness of these initiatives from one province to another.

You were talking about Newfoundland; the centre is relatively new, and we are not yet entirely familiar with all of the initiatives. But the people of Alberta would no doubt be very interested in hearing what happens in Saskatchewan, and vice versa.

This is one of the roles of the collaborating centres, to develop this networking and a better understanding from province to province. Because you are quite right, there is a lot of networking already underway and we are beginning to also see more pan-Canadian public health infrastructures.

And I am thinking about the public health schools. The six public health schools that are being set up will definitely contribute to fostering improved knowledge and information-sharing.

[English]

Mr. John Smith: There are a couple of things to consider. You mentioned that your report will be saying health impact analysis is possible. The lesson from strategic environmental impact assessment would be that yes, it is possible. The concept is

matière de santé et les redresser. Cela ne se fera pas du jour au lendemain mais je pense que le Canada, en tant que nation, ne pourra pas se dérober plus longtemps et ce sera là le message fondamental de notre rapport.

Madame Saint-Pierre, vous connaissez la situation au niveau provincial. Monsieur John Smith, vous avez l'expérience d'une tentative d'approche pangouvernementale en matière d'environnement. Signalez-nous les anicroches. Comment vous y prendriez-vous à notre place?

Mme Saint-Pierre : Vous me demandez ce que nous pensons de votre plan?

Le président : Oui. Dites-nous quelles sont les lacunes de notre plan, ce qui va marcher et ce qui ne marchera pas.

[Français]

Mme Saint-Pierre : En fait, je crois que votre position est très en phase avec celle de la majorité des pays, où on réfléchit sur la façon d'améliorer la santé de la population. Vous avez raison de dire qu'au Canada, il y a beaucoup de ressources que l'on ne connaît pas nécessairement.

Deux choses me viennent à l'esprit. L'idée les banques de données, les informations est sans doute la pierre angulaire pour pouvoir bâtir des projets et surtout pouvoir évaluer les interventions à faire, peu importe les stratégies que l'on choisit pour suivre l'amélioration de la santé de la population. Je crois que c'est sans doute la première étape.

Ce que nous réalisons avec beaucoup de bonheur, au Centre de collaboration nationale de santé publique, qui est un organisme pancanadien et transversal, ce sont les initiatives faites, très différentes les une des autres, dans chacune des provinces et ce manque de connaissances des initiatives d'une province à l'autre.

Vous parliez de Terre-Neuve; le centre est relativement nouveau, on ne connaît pas encore très bien toutes les initiatives. Mais les gens de l'Alberta seraient très certainement intéressés à entendre ce qui se passe en Saskatchewan, et vice-versa.

C'est un des rôles des centres de collaboration de développer ce réseautage et cette meilleure connaissance, d'une province à l'autre. Parce que vous avez raison, il y a beaucoup de réseautage qui existe et on commence à voir aussi des infrastructures de santé publique davantage pancanadienne.

Et je pense aux écoles de santé publique; les six écoles de santé publique qui sont en train de se mettre en place contribueront certainement à favoriser cette meilleure connaissance et ce partage d'information.

[Traduction]

M. John Smith : Il y a deux ou trois choses qu'il faut prendre en compte. Vous avez dit que votre rapport annoncerait qu'une analyse d'impact sur la santé était possible. À en juger par l'évaluation environnementale stratégique, je dirais que oui c'est

relatively simple. The lesson from our experience in terms of the environmental impact assessment process is ensuring there is a clear definition of responsibilities and accountabilities.

I had mentioned earlier some pros and cons of a self-assessment approach and a centralized approach, but fundamental to whatever approach is taken in terms of responsibilities is to ensure that there is adequate availability of expertise, whether it is in a variety of departments or in one department, and regardless of decision making to make sure that the expertise is there.

It is interesting that you mentioned the information highway for population health and linking data banks. Many parallels are being worked on in the area of environmental impact assessment, using, in this case, geographic information systems to link together information in data banks and web bases to try to get a picture of what is happening in one particular location.

When we are assessing in the area of project environmental assessment and you look at a project in one particular location, robust tools like that that can let you access all of the information about the physical and the environmental conditions of the area, of other projects that are going on, is invaluable. That kind of work is perhaps in its early days. A lot of work is being done in Canada and in the United States.

That is a useful approach. There is a lot of information there and it is feasible. I am not a computer expert by any means, but from what we have seen, it is feasible to relatively easily define systems that can pull in all of that disparate information from a variety of sources and give a single snapshot. Having that kind of information available would be invaluable.

Senator Cook: My first question will have the element of risk in it, at least for me. In relation to developing policy, we have a health impact assessment and we have an environmental assessment. For our purposes, is it possible to be practical and to amalgamate this when we are looking at data banks, collections of knowledge in provinces and attempting to build a prototype, if you will? Is it possible to meld the two with all the common elements in it? I am afraid I do not know very much about environmental impact assessments in relation to health. I want to know from a practical point of view whether it is possible.

Mr. John Smith: If we look at the current requirements, both under our legislation for project assessment and under the cabinet directive in dealing with strategic environmental assessment, there is currently some consideration of health impacts in those processes, but it is only some. It deals with the way the directive and the legislation are framed. It deals with situations where there is a change in the environment that then causes health impacts. There is some consideration of health impacts, but it is certainly not as broad as the wide range of determinants of health that would be looked at in a health impact assessment.

That is the current situation. Is it possible to amalgamate the two? I would say it is possible. One consideration from the point of view of environmental impact is whether by amalgamating

possible. La notion est relativement simple. D'après notre expérience du processus, il importe de veiller à ce qu'il y ait une nette définition des responsabilités et de la reddition de comptes.

J'ai donné le pour et le contre tout à l'heure de l'approche auto-évaluative par rapport à l'approche centralisée. Toutefois, quelle que soit l'approche retenue en matière de responsabilité, il faut s'assurer qu'on peut compter sur un nombre adéquat d'experts, que ce soit dans plusieurs ministères ou dans un seul, et peu importe où se trouvera la prise de décision, il faut prévoir des experts.

Il est intéressant que vous ayez fait allusion à l'autoroute information santé pour la santé des populations et au lien avec les banques de données. En matière d'étude d'impact sur l'environnement, on utilise des systèmes d'information géographique reliés à des banques de données et à des sites Internet pour cerner la situation dans une localité donnée.

Quand nous procédons à une évaluation environnementale, nous examinons un projet dans un endroit donné, et il est très précieux de pouvoir compter sur des outils robustes comme ceux qui renseignent sur les conditions physiques et environnementales de la région et sur les autres projets menés en parallèle. Ce genre de travail en est probablement à ses balbutiements. On s'attelle ardemment à cette tâche au Canada et aux États-Unis.

C'est une approche valable. Les renseignements existent en quantité et c'est réalisable. Je suis loin d'être un expert informaticien mais d'après ce que j'ai vu, on peut assez facilement définir des systèmes qui peuvent réunir des renseignements disparates provenant de diverses sources pour en faire un tableau instantané. Pouvoir compter sur ce genre de renseignement serait très précieux.

Le sénateur Cook : Ma première question comporte un petit risque, du moins de mon point de vue. Au moment de l'élaboration des politiques, on procède à une évaluation environnementale et à une évaluation de l'impact sur la santé. Pour nos fins, est-il possible, pour être pratique, d'amalgamer ces deux évaluations au niveau des banques de données, des connaissances recueillies dans une province, afin de constituer une sorte de prototype, pour ainsi dire? Sera-t-il possible de fusionner les deux en cernant les éléments qu'ils ont en commun? Je crains d'être assez ignorante des études d'impact sur l'environnement par rapport à la santé. Je voudrais savoir si, sous l'angle pratique, ce serait possible?

M. John Smith : Les exigences actuelles, selon la loi pour l'évaluation des projets et d'après la directive du cabinet sur l'évaluation environnementale stratégique, imposent que l'on tienne compte des impacts sur la santé, mais sous certains angles seulement. Cela tient à la façon dont la directive et les dispositions législatives sont charpentées. On s'intéresse aux situations où un changement dans l'environnement entraîne des impacts pour la santé. Il y a donc des éléments sanitaires en l'occurrence mais cela n'englobe certes pas toute la gamme des déterminants de la santé sur lesquels porterait l'évaluation de l'impact sur la santé.

C'est la situation actuelle. Est-il possible de fusionner les deux? Je dirais que oui. Il faudrait toutefois se demander si en les fusionnant, nous ne risquons pas d'avoir une vision moins claire

them we would lose a clear and definite focus on the environmental issues. In other words, would the environmental issues be overwhelmed by all of the potential health issues that might come along?

From a strictly environmental viewpoint, there may be some benefit in keeping them separate to make sure you do not lose that focus. When a policy and program are being developed, there are other issues that need to be looked at as well, and an integration of sorts does occur at one point when you are coming up to the final decision, so many different areas do get integrated. There may be some benefit in specifically highlighting the separate areas that need to be looked at so that one does not overwhelm the other.

Senator Cook: That is my angst. I do not want to overwhelm the system. I want to have a clear definition. If we are developing something at a federal level, I want something that is user-friendly from a provincial perspective. More especially, we are building a pyramid. I do not want it to be overloaded at the bottom so at the top will be the healthy person.

We would be recommending to provinces that they share or take out of this what is needed. At what point should we have enabling legislation from a federal point of view to ensure that the elements are protected?

I will tag the other question that is running through my head, and that is the evaluation process. What would be the time lapse from the time of an impact assessment study in place and then going out and asking for an evaluation? In Newfoundland, I believe it is two years.

Ms. Saint-Pierre: In Newfoundland does it take two years?

Senator Cook: They are out now. In their strategic plan they are in year two and they were going into the field when we were there in May and that has been two years. They have started their evaluation process. They report annually to the legislature through their cabinet committee, but Newfoundland has a strong leadership component with adequate funding.

I am trying to see where this fits on the scale. Where do you put the impact assessments? In B.C. it was mandatory and it went someplace else, but we need legislation. How do we get some practical legislation to make sure that those essential things are there, if health and environment need to be separate? I do not want to overload the system so that it is not user-friendly when we get to that point. However, I want to ensure that some things are not optional. That is what I am trying to get at.

Mr. John Smith: In the area of the strategic environmental assessment with the federal government, it is not optional. It is required by a cabinet directive. Various organizations have called for the requirement to be put in legislation. Whether or not that is an approach to take we hope will be informed by our upcoming evaluation. It has not been necessary up to this point.

et définie des considérations environnementales. Autrement dit, les considérations sanitaires qui pourraient surgir surpasseraient-elles les considérations environnementales?

D'un point de vue strictement écologique, il serait peut-être avantageux de bien marquer la distinction pour ne pas perdre de vue les objectifs. Au moment où on élabore une politique et un programme dans un secteur, il y a d'autres problèmes dont on doit tenir compte également et au moment de la décision finale, une forme d'intégration se produit si bien que plusieurs secteurs s'emboîtent. Il serait peut-être avantageux de mettre en lumière de façon précise les divers secteurs qu'il faut aborder séparément afin d'éviter qu'un seul ne prenne pas le pas sur les autres.

Le sénateur Cook : C'est ma grande crainte. Je ne voudrais pas que le système soit bombardé. Je souhaite une définition claire. Si au niveau fédéral nous concevons quelque chose, je souhaiterais que les provinces puissent s'en servir facilement. Il faudrait éviter une base trop lourde même si l'objectif est la santé des gens au sommet.

Il faudrait recommander aux provinces d'apporter leur contribution ou d'en tirer ce dont elles ont besoin. À quel moment des mesures législatives fédérales seront-elles nécessaires pour garantir la protection qui s'impose?

Je vais ajouter ici une question sur le processus d'évaluation. Quelle durée devrait s'écouler entre l'étude d'impact et la demande d'évaluation? À Terre-Neuve, je pense que c'est deux ans.

Mme Saint-Pierre : Cela prend-il vraiment deux ans à Terre-Neuve?

Le sénateur Cook : Le processus est enclenché. La planification stratégique en est à sa deuxième année. Quand nous y sommes allés au mois de mai, l'évaluation commençait sur le terrain, après deux ans. Le processus d'évaluation est enclenché. Tous les ans, un rapport est déposé à l'assemblée législative par l'intermédiaire d'un comité du Cabinet mais à Terre-Neuve les choses sont dirigées fermement, avec un financement suffisant.

J'essaie de voir comment cela se compare à l'ensemble. Où situez-vous les études d'impact? En Colombie-Britannique, c'était obligatoire mais ça n'a pas abouti. Il faut des mesures législatives. Comment concevoir des mesures législatives pratiques pour garantir qu'on pare à l'essentiel, s'il faut faire la distinction entre santé et environnement? Il ne faudrait pas que le système soit alourdi à tel point qu'on répugne à l'utiliser en temps utile. Toutefois, je veux m'assurer que certaines choses ne sont pas facultatives. Voilà où je veux en venir.

M. John Smith : L'évaluation environnementale stratégique du point de vue du gouvernement fédéral n'est pas facultative. Elle correspond à une directive du Cabinet. Diverses organisations ont réclamé que cela soit inscrit dans la loi. Sera-t-il nécessaire de le faire? L'évaluation que nous ferons sous peu nous renseignera, espérons-le. Jusqu'à présent, cela n'a pas été nécessaire.

One consideration is that the environmental impact assessment is to be done as part of developing policy and making options and recommendations to ministers and the cabinet. In one sense, to put the requirement in legislation means that you are legislating the policy development decision-making process within government, and that might pose some challenges.

As I said, putting the requirement in place and making it mandatory has been done through a cabinet directive. I mentioned that the Commissioner of the Environment and Sustainable Development pointed to the fact that ensuring that there is accountability is important to making sure it happens, and ensuring there is availability of expertise for departments to draw on is important.

As I said, legislation has been suggested, but I think some of the underlying processes are as important in ensuring that it happens. Does that answer your question?

You had a question about time frames for evaluation. The evaluation that we are doing is looking at the overall implementation of the cabinet directive. In other words, there is not an evaluation each time something goes forward. It is a one-time thing. Maybe there will be future evaluations, but this is being done now, and hopefully it will be done by next March. We are looking across the board at the implementation of the directive.

Senator Cook: The mechanism for reporting in my province is on an annual basis, so would it not follow that evaluation would have to be running parallel to that, if you are to be transparent with what you are doing?

Mr. John Smith: Currently, a public statement is required on the results of the strategic environmental assessment. It does not get into an evaluation, but there is a requirement that when a strategic EA is done, there is a public statement on the results of that.

Tim Smith, Senior Policy Advisor, Canadian Environmental Assessment Agency: I would add that in addition to the public statement, there is an expectation that where a department undertakes a detailed strategic environmental assessment, for example, there be some effort to follow up on the findings of that analysis; and if mitigation measures are proposed through that analysis, to make sure those have the desired effect on the policy outcomes. In a sense, I suppose that is a form of evaluation on a case-by-case basis.

Senator Cook: There are bound to be tensions in any system, because health is delivered provincially. My maternal instincts are to create a system that will be good, mandatory and proper, one that there is no opting out of, but one that is user-friendly so that the provinces will want to use it.

I would like your opinion. I have some understanding of the environmental impact, but I would like your comment on the health impact.

Il faut que l'évaluation de l'impact environnemental soit menée à bien dans le cadre de l'élaboration de la politique et qu'on présente aux ministres et au Cabinet des options et des recommandations. D'une certaine façon, si on légifère, on légifère tout le processus d'élaboration de la politique et de la prise de décision au sein du gouvernement et cela peut présenter des embûches.

Comme je l'ai dit, jusqu'à présent c'est grâce à une directive du Cabinet que cette exigence est obligatoire. Je le répète, le commissaire à l'environnement et au développement durable a rappelé que la reddition de comptes était capitale pour garantir que les choses sont faites correctement, et que les ministères puissent compter sur une source de référence dont ils peuvent s'inspirer.

Comme je l'ai dit, la possibilité d'une mesure législative a été évoquée mais je pense que les mécanismes fondamentaux sont tout aussi importants pour garantir l'atteinte de l'objectif. Cela répond-il à votre question?

Vous avez posé une question au sujet de l'échéancier en vue de l'évaluation. L'évaluation à laquelle on procède actuellement vise à s'assurer que la directive du Cabinet est respectée de façon générale. Autrement dit, nous ne faisons pas une évaluation chaque fois qu'une mesure est prise. C'est fait ponctuellement. Il y aura peut-être d'autres évaluations à l'avenir, mais le processus actuel, espérons-le, aboutira d'ici mars prochain. Nous vérifierons l'application générale de la directive.

Le sénateur Cook : Dans ma province, le rapport se fait annuellement. Au nom de la transparence, l'évaluation ne devrait-elle pas être à l'avenant?

M. John Smith : Actuellement, on exige que les résultats de l'étude d'impact stratégique sur l'environnement soient divulgués. Il n'en va pas de même pour l'évaluation mais on exige qu'une étude d'impact stratégique sur l'environnement soit faite et que les résultats en soient divulgués.

M. Tim Smith, conseiller principal en politique, Agence canadienne d'évaluation environnementale : J'ajouterais qu'outre la divulgation de ces résultats, on s'attend à ce qu'un ministère qui entreprend une étude d'impact stratégique sur l'environnement, par exemple, se préoccupe du suivi des conclusions de cette analyse. Si l'analyse révèle que des mesures d'atténuation des impacts seraient souhaitables, on s'attend à ce que le ministère veille à ce que ces mesures aient l'incidence souhaitable sur le résultat de la politique. D'une certaine façon, je suppose que c'est une évaluation au cas par cas.

Le sénateur Cook : Forcément, tout système suppose des tensions étant donné que la santé relève des provinces. Mon instinct maternel me pousse à vouloir créer un système qui sera solide, obligatoire et adapté. Un système qui ne permette aucun désistement mais qui soit convivial pour que les provinces souhaitent s'en servir.

Je voudrais avoir votre opinion. Nous avons à peu près cerné l'impact environnemental mais je voudrais que vous me parliez de l'impact sur la santé.

[Translation]

Ms. Saint-Pierre: Your pragmatic concern involving integration and deadlines are two important issues in the practice of health impact assessment, whether it concerns projects or is on the political level. Furthermore, the literature, particularly in Europe, reflects that. Should we move forward, is integration desirable in order to avoid the departments having too great a burden? As Mr. Smith was saying, there is always the risk of weakening the initiative. Health concerns are more difficult as far as the social aspects of health are concerned. This aspect is very difficult to assess.

Concern about the disparities in health is part of the health impact assessment approach, which is not necessarily the case in the environmental area. By attempting to integrate environment with health, we run the risk of eliminating those disparities in health care. At the same time, in order to be pragmatic and promote this practice within government, we must attempt to see how this integration could be achieved. In order to do this, a pan-governmental approach is required. One of the gains for the Quebec government has been a better understanding between departments. At the Department of Health, the public health stakeholders understand the interests and needs of the other departments a little better. This approach brings the departments a little closer.

An intensive study was carried out on the effectiveness of health impact assessment approaches in Europe. This study was done over a three-year period. Nineteen countries contributed to this assessment of the effectiveness of the approach. The study dealt with projects that were sometimes municipal, sometimes provincial or regional. The European office carried out this study. Generally speaking, the conclusion was that the approach was effective. The effectiveness was seen particularly in the ability of the process to influence decision-makers outside the field of health as concerns broader health determinants. The approach was also effective when policies had to be changed midstream and also to strengthen the administrative system. The latter then becomes more consistent, because the government is obliged to work less in silos and more horizontally.

There are many issues. The time factor is also important. Sometimes public policy is developed very quickly. It is therefore difficult to carry out rigorous analyses on health and to add scientific information in due time. There are therefore adjustments to be made by all stakeholders. Decisions are sometimes made without taking the time to research all of the considerations.

[English]

Senator Cook: Thank you very much. I will have to do my own analysis.

The Chair: Now I want to really exploit you.

[Français]

Mme Saint-Pierre : Votre préoccupation pragmatique touchant l'intégration et l'échéancier sont deux enjeux importants de la pratique d'évaluation de l'impact à la santé, qu'il s'agisse des projets ou au niveau politique. D'ailleurs, la littérature, surtout en Europe, en fait état. Devons-nous, l'intégration est-elle souhaitable afin d'éviter le fardeau pour les ministères? Comme le dit M. Smith, le risque d'édulcorer existe toujours. La préoccupation en santé est plus difficile en ce qui a trait aux aspects sociaux de la santé. Cet aspect est difficile à évaluer.

La préoccupation avec les inégalités en santé fait partie de l'approche d'évaluation d'impact à la santé, ce qui n'est pas le cas nécessairement en environnement. En tentant d'intégrer l'environnement et la santé, on risque d'éliminer les inégalités en santé. En même temps, pour être pragmatique et favoriser cette pratique au sein du gouvernement, il faut essayer de voir comment l'intégrer. Pour ce faire, l'approche pangouvernementale est nécessaire. Un des gains au sein du gouvernement québécois est la meilleure compréhension d'un ministère à l'autre. Au ministère de la Santé, les intervenants en santé publique comprennent un peu mieux les impératifs et les besoins des autres ministères. Cette approche permet un rapprochement entre les ministères.

Une étude intensive fut menée sur l'efficacité de l'approche d'évaluation d'impact de la santé en Europe. Cette étude s'est échelonnée sur trois ans. Dix-neuf pays ont contribué à cette évaluation de l'efficacité de l'approche. L'étude s'est penchée sur des projets parfois au niveau municipal, parfois au niveau provincial ou régional. Le bureau européen a mené cette étude. De façon générale, on a conclu que l'approche était efficace. Cette efficacité s'est révélée particulièrement en misant sur la capacité du processus à influencer les décideurs hors santé sur les déterminants larges de la santé. L'approche est efficace aussi lorsqu'il s'agit de changer les politiques en cours de route et pour renforcer le système administratif. Celui-ci devient alors plus cohérent, puisque le gouvernement est obligé de travailler moins en silo et de façon plus horizontale.

Il existe beaucoup d'enjeux. Le facteur temps est aussi important. Les politiques publiques se développent parfois rapidement. Il est alors difficile de faire des analyses rigoureuses sur la santé et d'apporter une information scientifique en temps voulu. Il y a donc des ajustements à faire de la part de tous les acteurs. Les décisions sont prises parfois sans prendre le temps de faire des recherches sur l'ensemble des considérations.

[Traduction]

Le sénateur Cook : Merci beaucoup. Je vais devoir faire ma propre analyse.

Le président : Je vais maintenant vous poser des questions très pointues.

I have been truly fascinated for the past few years by the analogy between the environment and population health, because neither is soluble without a whole-of-government approach; indeed, neither is soluble without an international approach on top of a whole-of-government approach.

I spoke about the afferent loop, about how we can gather information at the community level and wind it through civic governments and provinces and up to the federal level and so forth. Then, when we get it up there and we have defined the inequities — which we can define pretty well right now — but when we truly define them accurately, we have to come back through the efferent loop and correct them; otherwise, the exercise is a waste of time. In dealing with environment assessment, the analogy is close to health assessment. I cannot tell you how to deal with environment, obviously — you know a lot more about it than I do — but in dealing with the environment, you have to deal with everything from 747s flying from Vancouver to St. John's, Newfoundland, to a local community of 100 people that is contaminating the water table from the dump.

You have to correct all of that if you are to control the environment. Do you agree, Mr. Smith?

Mr. John Smith: Yes.

The Chair: In dealing with population health, we are in the same predicament. We cannot deal with pandemics at the provincial level. We can implement some changes and so forth, but to deal with a pandemic, we have to at least go to a national plan and probably even an international plan.

To deal with some of the other determinants of health that seem so eminently correctable, such as communities with unclean drinking water, inadequate food supplies, particularly in the North, inadequate schools and education, inadequate health clinics and that kind of thing, the correction seems relatively simple, even though it does take a lot of money, perhaps, or maybe not as much as we are spending the way things are now, because we are not dealing with the determinants of health.

The point I am coming to is whether you see the possibility of the linkages working, as I mentioned, for a population health information highway, from top to bottom. Do you see the possibility of the linkages working from top to bottom to correct health inequities, or is that a pipe dream?

Mr. John Smith: In terms of the information you talked about and the linkages working, there is tremendous possibility out there. The work that our agency is involved with in trying to hook into information systems related to decisions on the environment suggests that it is feasible to link this information to make greater amounts of information available, so that when somebody is making a decision on a specific issue, that information is readily available.

Depuis quelques années, je suis vraiment fasciné par l'analogie entre le dossier de l'environnement et celui de la santé des populations. Ni l'un ni l'autre ne peuvent être résolus sans une approche d'ensemble de la part du gouvernement. Qui plus est, ni l'un ni l'autre ne peuvent être résolus sans une approche internationale qui chapeauterait celle du gouvernement.

J'ai parlé de la boucle afférente, c'est-à-dire la façon dont on recueille des renseignements à l'échelle communautaire, lesquels sont transmis à l'administration municipale, puis aux provinces, puis au gouvernement fédéral, et cetera. Ensuite, une fois rendu là, que les inégalités sont cernées — et nous avons dès maintenant une petite idée de ce qu'elles sont —, une fois qu'elles sont définies de façon plus précise, il faut, grâce à la boucle afférente, les redresser. Faute de quoi, l'exercice est une perte de temps. L'évaluation environnementale se rapproche de l'évaluation sanitaire. Je ne peux pas vous dire comment procéder avec l'environnement — vous en connaissez bien plus que moi là-dessus — mais en l'occurrence, vous devez vous préoccuper tant des 747 qui vont de Vancouver à St. John's, Terre-Neuve, que d'une population de 100 âmes dont le dépotoir contamine la nappe phréatique.

Si vous voulez avoir mainmise sur l'environnement, vous devez vous occuper de tout cela. N'en convenez-vous pas, monsieur Smith?

M. John Smith : Oui.

Le président : S'agissant de la santé des populations, nous faisons face au même dilemme. Nous ne pouvons lutter contre les pandémies à l'échelle provinciale. Nous pouvons apporter des modifications, et cetera. mais dans le cas d'une pandémie, il faut un plan national au moins, voire un plan international.

Dans le cas de certains autres déterminants de la santé auxquels on peut très bien apporter des correctifs, comme les collectivités qui n'ont pas d'eau potable, l'approvisionnement insuffisant en nourriture, en particulier dans le nord, les écoles et une instruction inadéquates, les cliniques médicales insuffisantes, et cetera. le redressement semble relativement simple même s'il exige beaucoup d'argent, sans doute, ou peut-être pas autant que ce que nous dépensons actuellement, parce que nous ne nous attaquons pas aux déterminants de la santé.

Voici où je veux en venir : serait-il possible de créer des réseaux grâce à l'autoroute information — santé, des réseaux verticaux? Voyez-vous la possibilité d'un réseau du haut au bas afin de redresser les inégalités en matière de santé ou est-ce une illusion?

M. John Smith : Il existe des possibilités inouïes de faire fonctionner de tels réseaux. Notre agence s'emploie à se connecter à des systèmes d'information portant sur les décisions prises en matière d'environnement. Et nous constatons qu'il est possible de relier ces renseignements pour les diffuser davantage afin qu'un décideur travaillant sur un dossier particulier puisse y accéder plus facilement.

It is not necessarily easy to get everything that you need quickly, but I think the possibilities are there. There are so many information sources and data banks out there, and there are examples in the environmental area of how to pull all these together. Therefore, I believe the information part of it is feasible.

Your other question goes beyond my area of expertise, and I would defer to others regarding the challenges you have mentioned.

The Chair: Sorry, you are it. You are here on the environment.

Mr. John Smith: Trying to deal with environmental issues involves many issues and situations that are all kind of linked, and one of the challenges we face is trying not to ignore issues but ensuring that you break problems down into solvable issues, or you can get overwhelmed. That is one thing in the goal you described that needs to be kept in mind. With health issues, like with environment, everything gets linked; one thing links to the other, and one thing is connected and affects the other. One challenge is not losing sight of the linkages and the connections but not letting them overwhelm the goal and ensuring that the assessments that are done and the plans can stay focused on manageable chunks and make progress that way. I am not sure if that answers your question.

The Chair: It does. It is an encouraging answer.

Let me lead you into the legislative framework. In environment and population health, we could perceive a legislative framework that would work and is similar in both areas. You have federal legislation, provincial legislation, civic legislation and, in some of the smaller municipalities, appropriate bylaws and so forth.

I know that you are doing this, because I looked at it. You are controlling, for example, how the garbage is handled in tiny municipalities.

How did you go about setting that up from top to bottom?

Mr. John Smith: I am not sure, in one sense, that we are controlling how the garbage is handled in municipalities.

The Chair: You are right, and I do not want that on the record, so thank you for correcting me.

You have provided the incentive to make sure somebody is doing the job; is that right?

Mr. John Smith: Correct me if I am going off on the wrong tangent, but your question probably relates most to the assessments that are done of individual projects under the Canadian Environmental Assessment Act, and when assessments are done there, the role of the federal government or the federal process relates to federal decision making, and so we get involved in quite a variety of projects.

On any one of those projects, environmental effects can be identified and mitigation measures can be identified to deal with those effects. Those mitigation measures can be put in place through whatever federal decision is made on those projects. For

Il n'est pas forcément facile d'obtenir tout ce dont on a besoin rapidement mais je pense que les possibilités existent. Il existe quantité de sources d'information et de banques de données et, dans le domaine de l'environnement, on a réussi à rassembler tout cela. Par conséquent, c'est faisable.

Votre autre question ne relève pas de mon domaine de compétence et je m'en remettrai à d'autres en ce qui concerne les défis que vous avez évoqués.

Le président : Excusez-moi, mais vous vous occupez d'environnement.

M. John Smith : La question d'environnement met en cause bien des situations, bien des enjeux, tous interreliés. Un de nos défis est d'éviter de faire fi des problèmes qui se posent. Nous devons au contraire nous assurer qu'ils sont fractionnés de façon gérable, sans quoi on est submergé. C'est une chose à ne pas oublier dans l'objectif que vous avez décrit. En matière de santé, comme en matière d'environnement, tout est inter relié. Il faut se garder de perdre de vue cette interrelation mais il ne faut pas qu'elle masque l'objectif. Les études d'impact doivent être faites impérativement et les plans doivent viser des tranches gérables afin que nous puissions progresser. Je ne sais pas si cela répond à votre question.

Le président : Oui. C'est une réponse encourageante.

Je vais maintenant aborder le cadre législatif. Tant en matière d'environnement qu'en matière de santé des populations, on peut envisager un cadre législatif similaire applicable dans les deux cas. Il y a les lois fédérales, les lois provinciales, les lois municipales et dans les plus petites agglomérations, les règlements municipaux, et cetera.

Je sais, parce que j'ai vérifié, que vous régissez, par exemple, la façon dont les ordures sont traitées dans les petites municipalités.

Comment avez-vous pu imposer cela à partir d'en haut?

M. John Smith : Je ne dirai pas que nous régissons la façon dont les ordures sont traitées dans les municipalités.

Le président : Vous avez raison. Je ne voudrais pas que cela figure au compte-rendu, et je vous remercie d'avoir rétabli les choses.

Vous avez prévu un incitatif pour vous assurer que quelqu'un va exécuter le travail, n'est-ce pas?

M. John Smith : Reprenez-moi si je digresse mais votre question porte surtout probablement sur les études d'impact faites pour des projets particuliers et prescrites par la Loi canadienne sur l'évaluation environnementale. En l'occurrence, le processus fédéral est déclenché si des décisions au niveau fédéral s'imposent de sorte que nous nous occupons de toute une gamme de projets.

Dans n'importe quel projet, des conséquences environnementales peuvent être déterminées et des mesures d'atténuation imposées pour les contrer. Ces mesures d'atténuation sont déclenchées lorsque le gouvernement fédéral

example, if the project is being enabled by federal funding, then conditions can be attached to that funding to ensure that the environmental effects are dealt with. Through that process, whether through funding arrangements or lease arrangements, or to some extent, through federal permit approvals, a wide variety of environmental issues can be dealt with.

That process does not go so far as to give the federal government authority to regulate all of the areas with respect to the environment that are the responsibility of municipalities and provinces, but it can enable the federal decision to put in place various mitigation measures.

The assessments typically consider as well what is required on a project because the federal environmental assessment is not the only thing that affects what happens to it. There are a wide variety of provincial, municipal and other federal requirements.

The environmental assessment process is important and can deal with a variety of environmental situations, particularly those that may be unforeseen, but it does not set itself as being the overarching single way of pulling together all environmental legislation. It does not go that far.

The Chair: You need the goodwill and buy-in of provinces and so forth; correct?

Mr. John Smith: The federal process applies to federal decisions, so we can provide it through our process. The provincial governments have environmental assessment processes as well, so there is a lot of effort to ensure that the two processes work together and we cooperate on the assessment of specific projects.

The Chair: That is fundamentally what we are searching for in our structural framework here.

I want to come back to you, Ms. Saint-Pierre, because in health we are blessed with having the Public Health Agency of Canada and similar provincial agencies. We have public health officers in large cities and in the small communities and so forth. We already have a network to the ground.

We will be recommending in our report a major initiative to strengthen and indeed ramp up drastically the population health node in the Canadian Public Health Agency and a similar ramping up at the provincial level and, when we get to the polyclinics in the communities, a similar set of organizations, so that the public health officers can work with the health authorities and the municipal authorities that control the 12 or so determinants of health.

You have extensive experience in Quebec. Do you see what I have just said working in Quebec?

[Translation]

Ms. Saint-Pierre: I could add that I am happy that you mentioned this component because it truly is the role of the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. We work primarily with public health stakeholders working in public

prend une décision concernant la réalisation de ces projets. Par exemple, si le projet est financé grâce à des fonds fédéraux, il peut être assorti de conditions pour veiller à ce qu'on remédie aux effets environnementaux, sans quoi le financement serait refusé. Qu'il s'agisse des modalités de financement ou de location ou encore de l'obtention d'un permis fédéral, le processus garantit que toute une gamme de problèmes environnementaux sont couverts.

Le processus ne donne pas au gouvernement fédéral le pouvoir de réglementer toutes les questions environnementales qui relèvent des municipalités et des provinces, mais il permet au gouvernement fédéral de décider d'imposer diverses mesures d'atténuation.

Les études d'impact permettent également de cerner toutes les exigences d'un projet car l'étude d'impact fédérale n'est pas la seule à intervenir. Il y a toute une gamme d'exigences provinciales ou municipales et d'autres contraintes fédérales.

Le processus d'évaluation environnementale est important et il peut être utile dans une gamme de situations, surtout quand il y a des imprévus, mais en soi, il ne prétend pas être l'autorité législative environnementale suprême. Il ne va pas jusque là.

Le président : Il faut la bonne volonté et l'adhésion des provinces, n'est-ce pas?

M. John Smith : Le processus fédéral s'applique aux décisions fédérales, à tout ce qui touche notre palier. Les gouvernements provinciaux ont aussi des processus d'évaluation environnementale, de sorte que nous nous efforçons de veiller à ce que les deux processus se complètent et nous coopérons dans les études d'impact de divers projets.

Le président : C'est essentiellement ce que nous recherchons pour notre cadre structurel.

Madame Saint-Pierre, je m'adresse à vous, parce que nous avons la chance d'avoir une agence de la santé publique du Canada et des agences semblables dans les provinces. Il y a des agents de santé publique dans les grandes villes et dans les petites agglomérations. Nous avons donc déjà un réseau sur le terrain.

Dans notre rapport, nous allons recommander une initiative majeure, à savoir consolider et en fait étayer considérablement le volet santé des populations de l'Agence de la santé publique du Canada et de ses homologues provinciales et quand les polycliniques seront instaurées, qu'une organisation semblable soit créée afin que les agents de santé publique puissent travailler avec les autorités sanitaires et municipales dont relèvent la douzaine environ de déterminants de la santé.

Au Québec, vous avez une vaste expérience. Pensez-vous que ce que je viens de décrire pourrait fonctionner au Québec?

[Français]

Mme Saint-Pierre : Je pourrais rajouter, que je suis heureuse que vous apportiez cet élément puisque c'est vraiment le rôle du centre de collaboration national sur les politiques publiques. Nous travaillons principalement avec les acteurs de santé

health at the regional, district and municipal levels. Health impact assessments are successfully carried out at the municipal level as well.

We participated in a meeting, among others, on February 22 last where there were representatives from various departments and from different levels of government, concerning the health impact assessment approach at the local level. We were asking them if they thought it was realistic to promote impact assessment at the local level, that is to say in public health with municipalities; the consensus was in the affirmative, because there are more public health stakeholders at the local level than at the provincial level; people felt that the various sectors, be it housing, transport or education, worked better through intersectoral collaboration.

As you were saying, there are public health resources at these levels. The disparities in health care are often better understood on the ground and municipal decision-makers are the closest to the effects of their decisions because they see them. Therefore, working at that level seems very productive.

The social determinants of health have structural causes, which often flow from provincial or federal decisions. Therefore, working at the local level alone is not enough, but the fact of working in synergy greatly increases the ability to have an influence on public policy or to further culture change.

To answer your question, this is somewhat like what is happening in Quebec. Health impact assessment is set up at the government level. Quebec's public health legislation also provides legislative levers to those responsible for public health in the regions, and recently at the local level as well. This legislation allowed for the introduction of pilot projects between the local level and health authorities — not just public authorities, but health authorities — who now have responsibilities in terms of population health in their area and their municipalities.

And since it proposes a very structured way of doing things, which allows it to act in a more difficult context, between sectors, the health impact assessment approach is seen as a way of bringing together two different worlds: municipalities and public health.

And the collaborating centre exists not only in Quebec. In the consultations that we carried out in several provinces, we saw this interest in public health, a very clear will to work better with the municipalities who are making the decisions that have impacts on population health.

There is a research project underway in Saskatchewan that is attempting to better understand the decisions that municipalities make and the way in which public health could work. Therefore, that truly is another interesting avenue.

publique qui œuvrent au niveau des régions de santé publique, des districts et des municipalités. L'évaluation d'impact sur la santé se pratique très bien aussi au municipal.

Nous avons participé, entre autres, à une rencontre le 22 février dernier où il y avait des répondants des différents ministères et de différents niveaux, concernant cette approche d'évaluation d'impact sur la santé, au niveau local. On leur demandait s'ils pensaient que c'était réaliste de promouvoir l'évaluation d'impact au niveau local, c'est-à-dire la santé publique avec les municipalités; il y a eu un consensus pour dire que oui puisque les acteurs de santé publique sont plus nombreux au niveau local, que dans les provinces au niveau gouvernemental; que les différents secteurs, que ce soit le logement, le transport ou l'éducation, travaillent plus facilement de façon intersectorielle.

Comme vous le dites, il y a des ressources de santé publique à ces niveaux. Les inégalités de santé sont souvent mieux perçues sur le terrain et les décideurs municipaux sont plus proches des effets de leurs décisions puisqu'ils les voient. Donc travailler à ce niveau semble être très porteur.

Les déterminants sociaux de la santé ont des causes structurelles, qui viennent souvent des décisions au provincial ou au fédéral. Donc le travail au niveau local seulement n'est pas suffisant, mais le fait de travailler en synergie augmente de beaucoup la capacité d'influence sur les politiques publiques ou sur le changement de culture.

Pour répondre à votre question, c'est un peu ce qui se passe au Québec. L'évaluation d'impact à la santé est instaurée au niveau gouvernemental. La Loi sur la santé publique au Québec donne aussi des leviers législatifs aux responsables de santé publique dans les régions et au niveau local, dernièrement. Cette loi a permis d'introduire des projets-pilotes entre le milieu local et les autorités de santé — pas seulement les autorités publiques, mais les autorités de santé — qui ont maintenant une responsabilité envers la santé de la population de leur territoire et les municipalités.

Et puisqu'elle propose une façon de faire très structurée, lui permettant d'agir dans un contexte un peu difficile, intersectoriel, l'approche de l'évaluation d'impact à la santé est vue comme une façon de rapprocher les deux univers : les municipalités et la santé publique.

Et le Centre de collaboration ce n'est pas seulement au Québec. Dans les consultations que nous avons effectuées dans plusieurs provinces, nous retrouvons dans cet intérêt de la santé publique, une volonté très manifeste de mieux travailler avec les municipalités qui prennent des décisions, qui ont des impacts sur la santé de la population.

Il y a un projet de recherche en cours qui se déroule à partir de la Saskatchewan afin d'aider à mieux comprendre les décisions que prennent les municipalités et la façon dont la santé publique pourrait travailler. Donc, c'est vraiment une autre avenue intéressante.

[English]

Senator Cochrane: Mr. Smith, do you have any positive results on any item to report to us, as a director within the Canadian Environmental Assessment Agency? Have you got anything like that to tell us about — something positive that you have accomplished and or the agency has accomplished that would be helpful?

Mr. John Smith: There are examples of positive things that we have accomplished. I am trying to think of something that is focused on these discussions.

Coming back to the cabinet directive on strategic environmental assessment, the responsibilities of implementing that directive is a self-assessment process. Our role is to provide training and guidance, so I would point to some of the activities that we have undertaken in developing training and providing it to departments. Mr. Tim Smith can talk a bit about the details.

Our role is fairly circumscribed, but we have had successes in offering training, and there has been a big interest in departments. Departments are interested in applying the directive appropriately and they come to us for training. We have done a reasonably good job in applying that.

Senator Cochrane: Tell us more about the training.

Mr. Tim Smith: We have a standard course offering for departments, for policy analysts to gain a better understanding of the cabinet directive and the principles of strategic environmental assessment. We offer that twice a year.

In addition, we develop, working collaboratively with an interdepartmental team, guidance documents — for example, how strategic environmental assessment relates to the concept of sustainable development, or what the intention was behind revisions to the cabinet directive in 2004 that incorporated the requirement for public statements on strategic environmental assessments.

These are the kinds of tools that we have worked with departments to develop to increase a more consistent application of the cabinet directive and address some of that unevenness that the commissioner identified in 2004 in the audit report.

Getting back to your question about successes as they relate to strategic environmental assessment, we play a role in monitoring cabinet business and encouraging departments to apply the cabinet directive fully. We have some insights into how departments are applying the cabinet directive. It is not without its challenges, but we have seen good examples as well.

Senator Cochrane: Could you give us some examples?

Mr. Tim Smith: One was the second round of funding for infrastructure programs, where early in the policy design process — and this is the element that I would like to focus on

[Traduction]

Le sénateur Cochrane : Monsieur Smith, en tant que directeur de l'Agence canadienne d'évaluation environnementale, avez-vous des résultats positifs à partager avec nous? Pouvez-vous nous décrire un de vos succès — une de vos réalisations au sein de l'Agence et qui pourrait nous être utile?

M. John Smith : Je pourrais citer certaines réalisations et j'essaie de penser à quelque chose qui aurait un rapport avec notre discussion d'aujourd'hui.

La responsabilité d'appliquer la directive du cabinet est un processus d'auto-évaluation. Notre rôle consiste à offrir de la formation et du soutien, si bien que je vais citer certaines activités conçues à l'intention des ministères. M. Tim Smith pourra vous fournir des détails.

Notre rôle est plutôt limité mais nous avons offert de la formation avec bonheur et cela a suscité un vif intérêt au sein des ministères. Les ministères tiennent à appliquer la directive correctement et ils s'adressent à nous pour obtenir des conseils. Nous avons fait de l'assez bon travail à cet égard.

Le sénateur Cochrane : Dites-nous-en davantage sur la formation.

M. Tim Smith : Nous offrons un cours normalisé aux ministères, à l'intention des analystes des politiques afin qu'ils comprennent mieux le contenu de la directive du cabinet et les principes de l'évaluation environnementale stratégique. Ce cours est offert deux fois par an.

En outre, en collaboration avec une équipe interministérielle, nous avons préparé des documents de soutien. Par exemple, nous expliquons comment l'évaluation environnementale stratégique rejoint la notion de développement durable et nous expliquons l'intention qui a inspiré la révision de la directive du cabinet en 2004 au moment où on a inclus l'exigence d'une déclaration publique des résultats de l'EES.

Voilà le genre d'outils avec lesquels nous travaillons avec les ministères pour stimuler une application plus cohérente de la directive du cabinet et aplanir certaines des difficultés que le commissaire avait cernées dans son rapport de vérification de 2004.

Quant au succès que nous avons obtenu en la matière, nous en trouvons l'illustration dans les travaux du cabinet car nous encourageons les ministères à appliquer la directive du cabinet rigoureusement dans la préparation des documents qui lui sont destinés. Nous savons comment les ministères appliquent la directive du cabinet. Il y a bien entendu des ratés, mais des cas exemplaires également.

Le sénateur Cochrane : Pouvez-vous nous donner certains exemples?

M. Tim Smith : Je songe par exemple au deuxième volet de financement des programmes d'infrastructure. Très tôt dans le processus de conception de la politique — et c'est l'élément sur

a bit — the interdepartmental table recognized that maybe this is the point where we should be taking environmental considerations into account. That led to a policy leveraging mechanism.

As you know, the second round of infrastructure funding deals extensively with issues related to waste water treatment, public transit, water treatment — those kinds of green municipal infrastructure investments. I would not want to suggest it was the cabinet directive alone that led to that policy leveraging function, but it contributed to some measure of success in that particular example. Where we have seen success in application of the cabinet directive is where environmental considerations have been addressed early in the policy design process.

Where it has been less successful is where it is applied in a more reactive stance, when policy measures have been designed and you are simply trying to understand whether or not they may have some impact on the environment and addressing those retroactively.

Senator Cochrane: Have you done any assessment on the impacts?

Mr. Tim Smith: No, and this is the process my colleague alluded to earlier — this evaluation of the cabinet directive that we are just embarking on. Hopefully, that will give us some clear insights into the impact that the strategic environmental assessment has had on policy outcomes.

Senator Cochrane: When do you expect to have that?

Mr. Tim Smith: We anticipate a report by the end of this fiscal year.

Senator Cochrane: Maybe we can get that, chair.

Does Mr. John Smith have anything else to add? I am looking at positive things here.

Mr. John Smith: I have nothing to add to what Mr. Tim Smith said.

Senator Cook: If I understand the conversation we have just had, the federal role is to provide oversight and to be proactive, but the implementation goes to the provinces. You work collaboratively with the provinces; is that correct?

Mr. John Smith: There are two main parts to the federal framework. The one that we have mostly been talking about today, the strategic environmental assessment, is focused on federal decision making and development of policies, plans and programs. It is focused on what the federal government develops and puts in place. Therefore, the assessment of the environmental impact, looking at the impact and at alternatives and, as Mr. Tim Smith pointed out, helping to make adjustments to what those are occur during development of those policies.

I referred to project-level assessments. Again, there are provincial mechanisms in place for doing environmental assessments of projects, and there is a federal mechanism as

lequel j'aimerais insister un peu — l'équipe interministérielle s'est dit que c'était peut-être le moment de tenir compte des considérations environnementales. Cela a mené à un mécanisme stratégique.

Comme vous le savez, le deuxième volet du programme d'infrastructure vise en priorité les secteurs comme le traitement des eaux usées, les transports en commun, l'épuration de l'eau — autrement dit les investissements municipaux écologiques. Je ne voudrais pas aller jusqu'à dire que c'est la directive du cabinet à elle seule qui a ouvert la voie à cette fonction stratégique mais elle a contribué un tant soit peu à ce succès en l'occurrence. Nous mesurons le succès de l'application de la directive du cabinet quand les considérations environnementales sont prises en compte très tôt dans le processus d'élaboration de la politique.

Le succès est moins retentissant quand on y pense après coup, une fois la politique conçue. Autrement dit quand après coup on se demande s'il pourrait y avoir des impacts sur l'environnement et, le cas échéant on essaie de les atténuer rétroactivement.

Le sénateur Cochrane : Avez-vous fait une évaluation des impacts?

M. Tim Smith : Non. Mon collègue vous a parlé du travail que nous effectuons actuellement, à savoir l'évaluation de la directive du cabinet. Nous espérons que cela nous donnera une idée assez nette de l'incidence que l'évaluation environnementale stratégique aura sur les politiques.

Le sénateur Cochrane : Quand comptez-vous le savoir?

M. Tim Smith : Notre rapport devrait être prêt d'ici la fin de l'exercice financier.

Le sénateur Cochrane : Monsieur le président, il serait bon que nous l'obtenions.

M. John Smith a-t-il quelque chose à ajouter? Je cherche des exemples positifs.

M. John Smith : Je n'ai rien à ajouter à ce qu'a dit M. Tim Smith.

Le sénateur Cook : Si je comprends bien, le gouvernement fédéral a un rôle de surveillance et de promotion mais la mise en œuvre incombe aux provinces. Vous travaillez en collaboration avec les provinces, n'est-ce pas?

M. John Smith : Le cadre fédéral comporte deux éléments. Le premier, dont nous avons parlé abondamment aujourd'hui, est l'évaluation environnementale stratégique. Cette évaluation porte essentiellement sur la prise de décisions par le gouvernement fédéral et l'élaboration de politiques, de plans et de programmes. Elle porte sur tout ce qui est conçu par le gouvernement fédéral et concrétisé. Par conséquent, l'évaluation de l'impact environnemental mesure les incidences et les solutions possibles et, comme l'a dit M. Tim Smith, par la suite, vise à participer au rajustement qui s'impose en cours d'élaboration de ces politiques.

Je vous ai parlé des évaluations au niveau du projet. Il y a des mécanismes provinciaux pour l'évaluation environnementale de projets et il y a un mécanisme fédéral également. Le mécanisme

well. The federal mechanism is based on informing federal decisions that enable those projects to proceed; the decisions to provide funds, land, regulatory authorizations or, in the case where the federal is actually the doer or the proponent of the project, the environmental assessment informs the federal decision to provide those lands, funds or regulatory approval.

The intersection of that and the provincial process comes when the federal environment assessment and provincial environmental assessment are being done on the same project. The federal legislation is not implemented through or does not affect the provincial legislation. However, we come together when we are both active on the same project. At that point, there is a level of cooperation so that we try as much as possible to have one process to satisfy both levels of government. The interaction and the cooperation occurs at that level.

We do have agreements with many provinces that set out the general framework for cooperation to say that, on a project-by-project basis, we will cooperate and develop as much as possible joint processes. Where we do not have those agreements, that kind of cooperation can happen anyway, and very often it does. However, the legislation does not cascade. We cooperate at the level of individual assessments.

Senator Cook: Is Canada, therefore, still a country founded on projects supported by some cities?

The Chair: We have to close the discussion. Senator Cook, as you know, is from Newfoundland. You simply cannot cope with her.

Senator Cook: I am trying to understand. You have so much knowledge and I just want some of it. I have not even asked about climate change in relation to the environment. That will be for another day.

The Chair: We have to close the open hearing, honourable senators, because of the time constraint.

The committee continued in camera.

fédéral consiste essentiellement à fournir des renseignements pour appuyer les décisions fédérales, sur le plan du financement, du site ou de l'autorisation en vertu de la réglementation. Il sert aussi dans le cas où le fédéral est le promoteur du projet car il fournit les renseignements nécessaires à la décision de consacrer des ressources financière ou foncières à un projet ou de lui accorder l'approbation réglementaire.

Au confluent d'un même projet, les deux processus d'évaluation environnementale, le provincial et le fédéral se rencontrent. La loi fédérale ne s'applique pas et elle n'a aucun effet sur la loi provinciale. Toutefois, les deux paliers se rencontrent quand ils sont tous deux actifs à l'occasion d'un même projet. À ce moment-là, la coopération règne car, dans la mesure du possible, on souhaite qu'un seul processus réponde aux exigences des deux paliers du gouvernement. C'est à ce moment-là qu'il y a interaction et coopération.

Nous avons des accords avec bien des provinces qui prévoient le cadre général de coopération. Ainsi, au cas par cas, nous collaborons et mettons au point, dans la mesure du possible, des processus communs. En l'absence d'accords, la coopération peut exister de toute façon, ce qui arrive très souvent. Toutefois, il n'y a pas superposition de mesures. Nous collaborons au niveau des évaluations individuelles.

Le sénateur Cook : Peut-on encore dire que le Canada a pour fondement des projets au niveau municipal?

Le président : Il faut mettre un terme à la discussion. Comme vous le savez, le sénateur Cook est de Terre-Neuve. Elle est difficile à suivre.

Le sénateur Cook : J'essaie de comprendre. Vous possédez quantité de connaissances que je convoite. Je n'ai même pas posé de questions à propos du changement climatique dans le contexte de l'environnement. Ce sera pour une autre fois.

Le président : Nous devons mettre un terme à la partie publique de notre séance, honorables sénateurs, car nous manquons de temps.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

University of Regina:

Shanthi Johnson, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit.

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care:

Richard Prial, Director, Strategic Alignment Branch.

Wednesday, June 11, 2008

As an individual:

The Honourable Carolyn Bennett, P.C., M.P., Former Minister of State (Public Health).

University of Alberta:

Deanna Williamson, Associate Professor, Department of Human Ecology.

Saskatoon Health Region:

Dr. Cordell Neudorf, Chief Medical Health Officer, Public Health Services.

Wednesday, June 18, 2008

Canadian Environmental Assessment Agency:

John Smith, Director, Legislative and Regulatory Affairs;

Tim Smith, Senior Policy Advisor.

Centre de collaboration nationale — Politiques publiques et santé:

Louise Saint-Pierre, Project Manager.

Université de Regina:

Shanthi Johnson, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit.

Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario:

Richard Prial, directeur, Direction de l'harmonisation stratégique.

Le mercredi 11 juin 2008

À titre personnel:

L'honorable Carolyn Bennett, C.P., députée, ancienne ministre d'État (Santé Publique).

Université de l'Alberta:

Deanna Williamson, professeure associée, Faculté d'écologie humaine.

Région sanitaire de Saskatoon:

Dr Cordell Neudorf, administrateur en chef de la santé publique, Services de santé publique.

Le mercredi 18 juin 2008

Agence canadienne d'évaluation environnementale:

John Smith, directeur, Affaires législatives et réglementaire;

Tim Smith, conseiller principal en matière de politiques.

Centre de collaboration nationale — Politiques publiques et santé:

Louise Saint-Pierre, chef de projet.



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, May 28, 2008

United Nations Association in Canada:

Kathryn White, Executive Director.

The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada:

Dr. André Lalonde, Executive-Vice President.

Canadian Paediatric Society:

Marie Adèle Davis, Executive Director.

Canadian Medical Association:

Dr. Kathryn Bigsby, Chair, Child Health Working Group.

Thursday, June 5, 2008

University of Victoria:

Marcia Hills, Director, Centre for Community Health Promotion
Research (by video conference).

Laval University:

Maria De Koninck, Professor, Department of Social and
Preventative Medicine.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mercredi 28 mai 2008

Association canadienne pour les Nations Unies:

Kathryn White, directrice générale.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada:

Dr André Lalonde, vice-président général.

La société canadienne de pédiatrie:

Marie Adèle Davis, directrice générale.

Association médicale canadienne:

Dre Kathryn Bigsby, présidente, Groupe de travail sur la santé des
enfants.

Le jeudi 5 juin 2008

Université de Victoria:

Marcia Hills, directrice, Centre de recherche en promotion de la
santé communautaire (par vidéoconférence).

Université Laval:

Maria De Koninck, professeure titulaire, Département de médecine
sociale et préventive.

(Suite à la page précédente)