



Second Session
Fortieth Parliament, 2009

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

Thursday, March 26, 2009
Friday, March 27, 2009

Issue No. 3

Sixth, seventh and eighth meetings on:

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

WITNESSES:
(See back cover)

Deuxième session de la
quarantième législature, 2009

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 jeudi 26 mars 2009
Le vendredi 27 mars 2009

Fascicule n° 3

Sixième, septième et huitième réunions concernant :

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

Callbeck
Champagne, P.C.
Cook

Eaton
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 Honourable Senator Cook replaced the Honourable Senator Eggleton, P.C. (*March 26, 2009*).

The Honourable Senator Eggleton, P.C., replaced the Honourable Senator Cook (*March 26, 2009*).

The Honourable Senator Eaton replaced the Honourable Senator Stratton (*March 26, 2009*).

LE SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

Président : L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-présidente : L'honorable Lucie Pépin

et

Les honorables sénateurs :

Callbeck
Champagne, C.P.
Cook

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 :

L'honorable sénateur Cook a remplacé l'honorable sénateur Eggleton, C.P. (*le 26 mars 2009*).

L'honorable sénateur Eggleton, C.P., a remplacé l'honorable sénateur Cook (*le 26 mars 2009*).

L'honorable sénateur Eaton a remplacé l'honorable sénateur Stratton (*le 26 mars 2009*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, March 26, 2009
(7)

[*English*]

The Senate Subcommittee on Population Health met this day at 10:45 a.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Champagne, P.C., Eaton, Eggleton, P.C., Fairbairn, P.C. Keon and Pépin (7).

In attendance: Odette Madore, Acting Chief, Social, Health and Cultural Section, Social Affairs Division, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, February 24, 2009, and delegated to the Subcommittee on Population Health on Wednesday, February 25, 2009, the subcommittee continued its examination on population health. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

WITNESSES:*Health Canada:*

Kathy Langlois, Director, Community Programs Directorate, First Nations and Inuit Health Branch;

Catherine Lyons, Director General, First Nations and Inuit Health Branch;

Shelagh Jane Woods, Director General, Primary and Public Health, First Nations and Inuit Health Branch.

Indian and Northern Affairs Canada:

Mary Quinn, Director General, Social Policy and Programs Branch.

University of Victoria:

Dr. Jeff Reading, Professor and Director, Centre for Aboriginal Health Research (by video conference).

National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization:

Debbie Dedam-Montour, Executive Director.

National Association of Friendship Centres:

Peter Dinsdale, Executive Director.

Aboriginal Nurses Association of Canada:

Rosella Kinoshameg, President.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le jeudi 26 mars 2009
(7)

[*Traduction*]

Le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 10 h 45, 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, Champagne, C.P., Eaton, Eggleton, C.P., Fairbairn, C.P., Keon et Pépin (7).

Également présente : Odette Madore, directrice principale par intérim, Section des affaires sociales, culturelles et de la santé, Division des affaires sociales, 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 24 février 2009 et renvoyé au Sous-comité sur la santé des populations le mercredi 25 février 2009, le sous-comité poursuit son étude sur la santé des populations. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :*Santé Canada :*

Kathy Langlois, directrice, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits;

Catherine Lyons, directrice générale, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits;

Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Affaires indiennes et du Nord Canada :

Mary Quinn, directrice générale, Direction générale de la politique sociale et des programmes.

Université de Victoria :

Dr Jeff Reading, professeur et directeur, Centre de recherche sur la santé des Autochtones (par vidéoconférence).

Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire :

Debbie Dedam-Montour, directrice générale.

Association nationale des centres d'amitié :

Peter Dinsdale, directeur exécutif.

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada :

Rosella Kinoshameg, présidente.

Ms. Langlois, Ms. Quinn, Dr. Reading, Ms. Dedam-Montour, Mr. Dinsdale and Ms. Kinoshameg made presentations, and, with Ms. Woods and Ms. Lyons, responded to questions.

At 12:47 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Friday, March 27, 2009

(8)

[*English*]

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

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

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

In attendance: Odette Madore, Acting Chief, Social, Health and Cultural Section, Social Affairs Division, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, February 24, 2009, and delegated to the Subcommittee on Population Health on Wednesday, February 25, 2009, the subcommittee continued its examination on population health. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

WITNESSES:

Canadian Institute for Health Information:

Jean-Marie Berthelot, Vice-President of Programs.

Agriculture and Agri-Food Canada:

Christine Burton, Director, Rural Policy and Strategic Development.

Health Canada:

Karen Dodds, Assistant Deputy Minister.

Acacia Consulting and Research:

Michel Frojmovic, Director.

Ontario Agency for Health Protection and Promotion:

Vivek Goel, President and Chief Executive Officer.

Canadian Institute for Health Information:

Jean Harvey, Director, Canadian Population Health Initiative.

Newfoundland and Labrador Department of Finance:

Alton Hollett, Assistant Deputy Minister, Economics and Statistics Branch.

Mme Langlois, Mme Quinn, le Dr Reading, Mme Dedam-Montour, M. Dinsdale et Mme Kinoshameg font un exposé puis, avec l'aide de Mmes Woods et Lyons, répondent aux questions.

À 12 h 47, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le vendredi 27 mars 2009

(8)

[*Traduction*]

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

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

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

Également présente : Odette Madore, directrice principale par intérim, Section des affaires sociales, culturelles et de la santé, Division des affaires sociales, 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 24 février 2009 et renvoyé au Sous-comité sur la santé des populations le mercredi 25 février 2009, le sous-comité poursuit son étude sur la santé des populations. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Institut canadien d'information sur la santé :

Jean-Marie Berthelot, vice-président, Programmes.

Agriculture et Agroalimentaire Canada :

Christine Burton, directrice, Politique rurale et développement stratégique.

Santé Canada :

Karen Dodds, sous-ministre adjointe.

Acacia Consulting and Research :

Michel Frojmovic, directeur.

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé :

Vivek Goel, président et chef de la direction.

Institut canadien d'information sur la santé :

Jean Harvey, directrice, Initiative sur la santé de la population canadienne.

Ministère des Finances de Terre-Neuve-et-Labrador :

Alton Hollett, sous-ministre adjoint, Direction de l'économie et de la statistique.

Saskatoon Health Region:

Dr. Cordell Neudorf, Chief Medical Health Officer.

Canada Health Infoway Inc:

Mike Sheridan, Chief Operating Officer.

University of Manitoba:

Mark Smith, Associate Director, Repository at Manitoba Centre for Health Policy.

Public Health Agency of Canada:

Dr. Gregory Taylor, Director General, Office of the Public Health Practice.

Statistics Canada:

Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician.

The Chair made an opening statement.

Mr. Sheridan made a presentation and, with Mr. Berthelot, Ms. Burton, Ms. Dodds, Mr. Frojmovic, Dr. Goel, Ms. Harvey, Mr. Hollett, Dr. Neudorf, Mr. Smith, Dr. Taylor and Mr. Wolfson responded to questions.

At 11:02 a.m., the subcommittee suspended.

At 11:18 a.m., the subcommittee resumed.

At 1:13 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Friday, March 27, 2009

(9)

[*English*]

The Senate Subcommittee on Population Health met this day at 1:30 p.m., in room 160-S, Centre Block, the chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

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

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Tuesday, February 24, 2009, and delegated to the Subcommittee on Population Health on Wednesday, February 25, 2009, the subcommittee continued its examination on population health. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

WITNESSES:

Seabird Island First Nation (by video conference):

Carlene Brown, Daycare Supervisor;

Cheryl Suave, Staff;

Carolyne Neufeld, Health Director;

Fallon Ludman, Parent;

Bonnie Nickel, Parent;

Région sanitaire de Saskatoon :

Dr Cordell Neudorf, médecin-conseil en chef.

Inforoute Santé du Canada Inc. :

Mike Sheridan, directeur de l'exploitation.

Université du Manitoba :

Mark Smith, directeur associé, Centre manitobain de la politique des soins de santé (répertoire).

Agence de la santé publique du Canada :

Dr Gregory Taylor, directeur général, Bureau de la pratique en santé publique.

Statistique Canada :

Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint.

Le président fait une déclaration.

M. Sheridan fait un exposé puis, avec l'aide de M. Berthelot, Mme Burton, Mme Dodds, M. Frojmovic, Dr Goel, Mme Harvey, M. Hollett, Dr Neudorf, M. Smith, Dr Taylor et Dr Wolfson, répond aux questions.

À 11 h 2, le sous-comité suspend ses travaux.

À 11 h 18, le sous-comité reprend ses travaux.

À 13 h 13, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le vendredi 27 mars 2009

(9)

[*Traduction*]

Le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 13 h 30, dans la salle 160-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

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

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 24 février 2009 et renvoyé au Sous-comité sur la santé des populations le mercredi 25 février 2009, le sous-comité poursuit son étude sur la santé des populations. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Bande de Seabird Island (par vidéoconférence) :

Carlene Brown, responsable de service de garderie;

Cheryl Suave, employée;

Carolyne Neufeld, directrice des services de santé;

Fallon Ludman, parent;

Bonnie Nickel, parent;

Steven McKinnon, Technician.

Ms. Neufeld, Ms. Brown made a presentation and answered questions.

At 2 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

Steven McKinnon, technicien.

Mmes Neufeld et Brown font un exposé puis répondent aux questions.

À 14 heures, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du sous-comité,

Barbara Reynolds

Clerk of the Subcommittee

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, March 26, 2009

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:45 a.m. to examine and report on the impact of the factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health (topic: population health policy for Aboriginal Peoples).

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

[*English*]

The Chair: I call the meeting to order. I will not go around the table for introductions. Instead, I will introduce each person as we hear from them, in the interest of time, because we have a large number of witnesses. We are really anxious to hear from all of them.

I will make one exception. Jeff Reading is on the TV screen. He is coming in from Victoria.

We will begin with Kathy Langlois, Director General of the Community Programs Directorate, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada. She is accompanied by Catherine Lyons, Director General, Business Planning Management Directorate, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada; and Shelagh Jane Woods, Director General, Primary and Public Health Directorate, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada.

Kathy Langlois, Director General, Community Programs Directorate, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada: On behalf of Health Canada, we would like to thank you for inviting us here to speak with you today. I am pleased to attend with my two colleagues who have just been introduced.

[*Translation*]

We are pleased to be here to discuss the committee's work in linking the social determinants of health with better health policies and programs. My comments this morning will touch on two areas: first, Health Canada's national and international efforts to integrate the social determinants of health into policy development, and, second, the department's collaborative work to apply population health to national health programming.

[*English*]

My comments this morning will touch on two areas: Health Canada's national and international efforts to integrate the social determinants of health into policy development; and the

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 26 mars 2009

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 10 h 45, pour poursuivre son étude sur les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants de la santé (sujet : politique en matière de santé des populations pour les peuples autochtones).

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

[*Traduction*]

Le président : La séance est ouverte. Je ne vais pas présenter tout le monde tout de suite. Je vais plutôt présenter chacun des intervenants au moment où il prendra la parole, pour que ça aille plus vite, puisque nous allons entendre de nombreux témoins. Nous avons très hâte de les écouter.

Je ferai cependant une exception. M. Jeff Reading apparaît à l'écran. Il témoigne depuis Victoria.

Nous allons commencer par Mme Kathy Langlois, directrice générale, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada. Elle est accompagnée de Mme Catherine Lyons, directrice générale, Direction de la planification et de la gestion des affaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, ainsi que de Mme Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada.

Kathy Langlois, directrice générale, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada : Au nom de Santé Canada, j'aimerais vous remercier de nous avoir invitées à nous adresser à vous aujourd'hui. Je suis heureuse d'être des vôtres avec mes deux collègues qui viennent tout juste d'être présentées.

[*Français*]

Nous sommes heureux d'être ici pour discuter des travaux du comité qui ont permis d'établir un lien entre les déterminants sociaux de la santé et l'amélioration des politiques et des programmes de santé. Ce matin, j'aborderai deux sujets : premièrement, les efforts déployés par Santé Canada à l'échelle nationale et internationale afin d'intégrer les déterminants sociaux de la santé au processus d'élaboration des politiques; deuxièmement, les travaux menés en collaboration par le ministère pour prendre en compte la santé des populations dans l'élaboration des programmes de santé nationaux.

[*Traduction*]

Ce matin, j'aborderai deux sujets : les efforts déployés par Santé Canada à l'échelle nationale et internationale afin d'intégrer les déterminants sociaux de la santé au processus d'élaboration

department's collective work to apply population health to national health programming.

In both cases, my comments are in the context of First Nations and Inuit health, in particular the work of Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch. I will be emphasizing the crucial role of partnerships in linking population health knowledge to effective policies and programs. As you well know, social determinants of health have wide-ranging and complex influences on the health of people, so good health policy and program development depends on solid relationships with key partners.

For example, Health Canada collaborates with other policy makers and practitioners around the world to exchange knowledge and share best practices regarding population health. This includes formal relationships with the United States and Mexico, and work with Brazil, Australia and New Zealand. Health Canada participated in the Adelaide Indigenous symposium in 2007 and in the 2008 meeting of the Pan American Health Organization, the theme of which was social determinants of health and the indigenous peoples of the Americas.

This work reinforces that a social determinants' lens is critical for policy makers. For example, our knowledge of water quality, sanitation and housing influences the development of a First Nations public health plan. We know that we need to consider education and income if we want to have effective health policies and programs. As well, we need to consider factors with more specific importance to First Nations and Inuit, such as their role in community governance or self-government and the strength of traditional culture.

Given that many of these determinants are formally outside of Health Canada's domain, we recognize that to build effective policies and programs, we must work with our partners, which include other federal departments, provincial-territorial governments, and most importantly, First Nations and Inuit communities. That is why Health Canada has built important relationships with these partners, some of which have been very long-standing.

This brings me to my second point: the department's work to best address the unique health needs of the population we serve. This includes specific programs and interventions targeted at distinct populations, including children, those with chronic and infectious disease including mental health, and those that are healthy. There is ongoing engagement with First Nations and Inuit, honouring their choices and advice; formalizing new partnership agreements between provincial governments and First Nation to integrate federal and provincial health systems

des politiques et les travaux menés en collaboration par le Ministère pour prendre en compte la santé des populations dans l'élaboration des programmes de santé nationaux.

Dans les deux cas, mes propos seront axés sur le contexte de la santé des Premières nations et des Inuits et, plus particulièrement, sur le travail de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Je mettrai l'accent sur le rôle crucial des partenariats dans les efforts visant à établir un lien entre les connaissances sur la santé de la population et l'efficacité des politiques et des programmes. Comme vous le savez sans doute, les déterminants sociaux de la santé ont des conséquences diverses et complexes sur la santé des gens. Par conséquent, pour créer des politiques et des programmes de santé efficaces, il faut établir de solides relations avec des partenaires clés.

Par exemple, Santé Canada collabore avec d'autres décideurs et spécialistes du monde entier afin d'échanger des connaissances et des pratiques exemplaires en matière de santé de la population. À ce titre, le ministère entretient notamment des relations officielles avec les États-Unis et le Mexique, ainsi qu'avec le Brésil, l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Santé Canada a également pris part au symposium de 2007 sur la santé autochtone tenu à Adélaïde et à la rencontre de 2008 de l'Organisation panaméricaine de la santé, qui s'est déroulée sous le thème des déterminants sociaux de la santé et des peuples autochtones d'Amérique.

Ces travaux soulignent le fait que les décideurs doivent absolument tenir compte des déterminants sociaux de la santé. Par exemple, nos connaissances sur la qualité de l'eau, l'hygiène et le logement influent sur l'élaboration d'un plan sur la santé publique des Premières nations. Nous savons que nous devons tenir compte du niveau d'éducation et du revenu si nous voulons vraiment élaborer des politiques et des programmes de santé efficaces. Nous devons aussi tenir compte de facteurs qui revêtent une importance plus particulière pour les Premières nations et les Inuits, par exemple leur rôle dans la structure de gouvernance communautaire ou l'autonomie gouvernementale, ou encore la force de la culture traditionnelle.

Compte tenu du fait que beaucoup de ces déterminants ne sont pas du ressort de Santé Canada, nous reconnaissons que, pour élaborer des politiques et des programmes efficaces, nous devons travailler ensemble avec les autres ministères fédéraux, les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les communautés et les organismes des Premières nations et des Inuits. C'est pour cette raison que Santé Canada a établi de solides liens avec ces partenaires, dont certains durent depuis très longtemps.

Cela m'amène au deuxième sujet que je comptais aborder, c'est-à-dire les efforts déployés par le Ministère pour répondre le mieux possible aux besoins uniques en matière de santé de sa population cliente. Pour ce faire, Santé Canada : met en œuvre des programmes et des mesures d'intervention destinés spécifiquement à des populations distinctes telles que les enfants, les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en santé; assume son engagement continu avec les Premières nations et les Inuits et fait en sorte de respecter leurs

and to optimize scarce resources; encouraging more flexible funding arrangements between Health Canada and First Nations that give communities more autonomy to match resources to their unique health needs. First Nations and Inuit communities interested in having more control over their health programs can decide among the different types of funding agreements because they vary in level of control, flexibility, authority, reporting requirements and accountability. My colleague Ms. Lyons can speak to that in more detail.

We work closely with other federal departments on key health-related initiatives, such as collaboration between Indian and Northern Affairs Canada, Environment Canada and First Nations to ensure safe drinking water on reserve.

Finally, because access to health care is a key determinant of health, we are focused in particular on improving access to quality primary care for First Nations and Inuit who live in remote and isolated communities. We are looking at innovations in health technology and the composition of our nurse-based care teams. Integrating population health knowledge into health policies and programs is key to improving the health of First Nations and Inuit. This integration needs partnerships to succeed. As I have said, these partnerships are with national and international groups, other levels of government, practitioners, researchers and, above all, with First Nations and Inuit.

[*Translation*]

Thank you for this opportunity to address the committee. If you have questions, we will gladly do our best to answer them.

[*English*]

The Chair: Ms. Quinn, please proceed.

Mary Quinn, Director General, Social Policy and Programs Branch, Indian and Northern Affairs Canada: Thank you for the opportunity to address subcommittee members today. The subcommittee continues to do important work leading to a better understanding of the social determinants of health and how they relate to Aboriginal and non-Aboriginal Canadians. It is a privilege for me to appear before you today, along with panel members who each have valuable perspectives on the issues before us today.

choix et leurs conseils; officialise de nouvelles ententes de partenariat entre les gouvernements provinciaux et les Premières nations afin d'intégrer le système de santé fédéral et les systèmes de santé provinciaux ainsi que de favoriser une utilisation optimale des ressources limitées en matière de santé; encourage la conclusion d'ententes de financement plus flexibles entre Santé Canada et les Premières nations pour accorder plus d'autonomie aux communautés et leur permettre d'utiliser les ressources afin de répondre à leurs besoins uniques en matière de santé. Les communautés des Premières nations et des Inuits qui aimeraient exercer un plus grand contrôle sur leurs programmes ont accès à différents types d'ententes de financement qui prévoient divers niveaux de contrôle, de flexibilité, de pouvoir et diverses exigences en matière de rapports et de reddition de comptes. Ma collègue, Mme Lyons, peut fournir plus de détails à ce sujet.

Nous travaillons étroitement avec les autres ministères fédéraux aux principales initiatives relatives à la santé. Par exemple, nous collaborons avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, Environnement Canada et les Premières nations pour assurer la qualité de l'eau potable dans les réserves;

Enfin, étant donné que l'accès aux soins de santé est l'un des principaux déterminants de la santé, nous travaillons principalement afin d'améliorer l'accès à des soins primaires de qualité pour les membres des Premières nations et les Inuits qui vivent dans les communautés éloignées et isolées. Nous examinons des façons d'innover en ce qui concerne les technologies de la santé et la composition de nos équipes de soins infirmiers. Pour améliorer la santé des Premières nations et des Inuits, il faut absolument intégrer les connaissances sur la santé de la population aux politiques et aux programmes de santé. Pour réussir cette intégration, nous devons établir des partenariats. Comme je l'ai dit, il s'agit de partenariats avec des groupes nationaux et internationaux, avec les autres ordres de gouvernement, avec des praticiens, avec des chercheurs et, par-dessus tout, avec les Premières nations et les Inuits.

[*Français*]

Je vous remercie de m'avoir permis de prendre la parole devant votre comité, et si vous avez des questions, c'est avec plaisir que nous ferons de notre mieux pour vous répondre.

[*Traduction*]

Le président : Madame Quinn, s'il vous plaît.

Mary Quinn, directrice générale, Direction générale de la politique sociale et des programmes, Affaires indiennes et du Nord Canada : Je vous remercie de me donner l'occasion de m'adresser aux membres du sous-comité. Le sous-comité continue de faire un travail important pour permettre une compréhension approfondie des déterminants sociaux de la santé et de leur incidence sur les Canadiens, Autochtones et non Autochtones. C'est un privilège pour moi de témoigner devant vous aujourd'hui, avec les autres témoins, qui ont des connaissances et des points de vue précieux sur les enjeux que nous abordons aujourd'hui.

[Translation]

The department I represent, Indian and Northern Affairs Canada, has a broad mandate that touches on a number of the determinants of health for Aboriginal people in this country. Many other federal bodies also have responsibilities in this area.

[English]

We are continuing our efforts to improve coordination by working in partnership with other federal departments and agencies, First Nations, Inuit and Metis as well as provincial and territorial governments and other key partners.

I would like to describe a few recent initiatives that illustrate the interplay of health determinants for First Nations. As subcommittee members know, education, income, housing and health are all interrelated. The Government of Canada has been working with willing partners to identify and attack root causes of issues facing First Nations communities. Three years ago, for instance, 193 drinking water systems in First Nations communities were at high risk of failure. Today, the number is 58 and continues to decrease as a result of the partnerships that my colleague indicated among First Nations, Environment Canada, Indian and Northern Affairs Canada and Health Canada. Last week, Minister Strahl announced spending of \$165 million to accelerate water and waste water infrastructure projects in 14 First Nations communities, which are essential to their health and safety. These investments will not only improve the quality of life on reserve, but also have the potential to stimulate economic growth.

[Translation]

Using a similar approach, the Government of Canada is putting particular emphasis on improving education for First Nations in partnership with provinces and First Nations.

[English]

An example of early efforts in education partnerships is the memorandum of understanding signed in April 2008 between the New Brunswick First Nations, the Province of New Brunswick and the Government of Canada, in which the parties agreed to work together to improve the educational outcomes of First Nations students in band-operated and public schools in New Brunswick. Under the agreement, the provincial government is committed to reinvesting 50 per cent of all future new tuition funds received from First Nations and the federal government to improve programs and services for First Nations students in the public education system. In addition to the \$1.7 billion that the department invests in First Nations education, the federal government is investing \$268 million over five years and ongoing funding of \$75 million in subsequent years in two new

[Français]

Le ministère que je représente, Affaires indiennes et du Nord Canada, a un mandat général qui touche à de nombreux déterminants de la santé pour les Autochtones dans notre pays. De nombreux autres organismes fédéraux assument également des responsabilités dans ce domaine.

[Traduction]

Nous poursuivons nos efforts afin d'améliorer la coordination en travaillant en partenariat avec les autres ministères et organismes du gouvernement fédéral, les Premières nations, les Inuits et les Métis, ainsi que les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres partenaires importants.

J'aimerais décrire quelques initiatives récentes qui illustrent l'interaction des déterminants de la santé pour les Premières nations. Comme les membres du sous-comité le savent bien, l'éducation, l'emploi, le revenu, le logement et la santé sont tous interreliés. Le gouvernement du Canada travaille avec des partenaires disposés à cerner les causes des enjeux qui touchent les collectivités de Premières nations, puis à s'attaquer à ces causes. Par exemple, il y a trois ans, 193 systèmes de traitement de l'eau de collectivités de Premières nations faisaient l'objet d'un risque élevé de défaillances. Aujourd'hui, ce chiffre est passé à 58, et il continue de diminuer, grâce aux partenariats dont ma collègue a parlé, entre les Premières nations, Environnement Canada, Affaires indiennes et du Nord Canada et Santé Canada. La semaine dernière, le ministre Strahl a d'ailleurs annoncé des dépenses de 165 millions de dollars visant à accélérer les projets d'infrastructure de traitement des eaux, y compris les eaux usées, dans 14 collectivités de Premières nations, ce qui est essentiel à la santé et à la sécurité des membres de ces collectivités. Ces investissements ne vont pas seulement améliorer la qualité de vie dans les réserves; ils ont également le potentiel de stimuler la croissance économique.

[Français]

À l'aide d'une approche semblable, le gouvernement du Canada met l'accent spécialement sur l'amélioration de l'éducation pour les Premières nations en partenariat avec les provinces et les Premières nations.

[Traduction]

Un exemple d'efforts précoces dans les partenariats en éducation, c'est le protocole d'entente conclu en avril 2008 entre les Premières nations du Nouveau-Brunswick, la province du Nouveau-Brunswick et le gouvernement du Canada, dans le cadre duquel les parties ont convenu de travailler ensemble à l'amélioration des résultats en matière d'éducation des étudiants des Premières nations dans les écoles dirigées par des bandes et des écoles publiques du Nouveau-Brunswick. Dans le cadre de cette entente, le gouvernement provincial s'est engagé à réinvestir la moitié de tous les nouveaux fonds pour les frais d'inscription reçus des Premières nations et du gouvernement fédéral afin d'améliorer les programmes et les services offerts aux étudiants des Premières nations par le système d'éducation publique. En plus de la somme de 1,7 milliard de dollars que le ministère

education programs that are expected to set the foundation for long-term improvements in First Nations education. The programs are the First Nation Student Success Program and the Education Partnerships Program.

[*Translation*]

With new spending of \$200 million over two years in Budget 2009, Minister Stahl has announced the construction of new schools in seven First Nation communities and three major school renovation projects.

[*English*]

A final example involves the problem of inadequate housing. The recent budget provides \$400 million over the next two years to support on-reserve housing. To date, Minister Strahl has announced that approximately \$50 million and \$65 million will be made available to First Nations in British Columbia and in Ontario respectively, to address on-reserve housing needs in their communities. In this area we have Canada Mortgage and Housing Corporation as a key player as well.

The government has invested \$300 million in a market housing fund to promote home ownership and to improve access to mortgages for First Nation families. Over the next 10 years, the money is expected to translate into some 25,000 houses on reserve. Each of these initiatives that has been undertaken or announced is characterized by a collaborative, comprehensive and long-term approach to a single issue.

In closing, I would like to note that the department is continuing to review the Food Mail Program to determine whether it is the most efficient and effective way of addressing the high cost of food in isolated northern communities. I know that both the department and the subcommittee are concerned about access to healthy food at affordable prices, given that it is a significant factor in improving the quality of life, nutrition and health in isolated northern communities.

Research conducted at the department has identified some progress in the living conditions and well-being of Aboriginal peoples of Canada over the past 20 years in key areas such as life expectancy, education, housing and income. For example, there have been improvements in educational attainment by First Nations, Inuit and Metis women. Such improvements are widely acknowledged to lead directly to improved population health outcomes. While there are many challenges in attempting to close

investit actuellement en éducation pour les Premières nations, le gouvernement fédéral investit 268 millions de dollars sur cinq ans et prévoit un financement permanent de 75 millions de dollars pour les années suivantes pour deux nouveaux programmes d'éducation qui serviront de fondement pour l'amélioration à long terme de l'éducation des Premières nations. Ces programmes sont les suivants : le Programme de réussite scolaire des étudiants des Premières nations et le Programme de partenariats éducatifs.

[*Français*]

Avec un nouvel investissement de 200 millions de dollars pendant deux ans dans le Budget de 2009, le ministre Strahl a annoncé la construction d'une nouvelle école dans cette collectivité des Premières nations et trois projets majeurs de rénovation d'écoles.

[*Traduction*]

Comme dernier exemple, notons le problème du logement inadéquat. Le dernier budget prévoit 400 millions de dollars sur deux ans pour soutenir le logement en réserve. Jusqu'à maintenant, le ministre Strahl a annoncé que des sommes d'environ 50 millions et 65 millions de dollars seront accordées aux Premières nations de la Colombie-Britannique et de l'Ontario, respectivement, pour répondre aux besoins en matière de logement de leurs collectivités situées dans des réserves. Dans ce domaine, la Société canadienne d'hypothèques et de logements est également l'un de nos partenaires importants.

Le gouvernement du Canada a investi 300 millions de dollars dans un fonds pour les logements du marché afin de promouvoir l'accession à la propriété et d'améliorer l'accès à une hypothèque pour les familles des Premières nations. Au cours des dix prochaines années, cet argent devrait permettre la construction de quelque 25 000 maisons dans les réserves. Chacune de ces initiatives qui ont été entreprises ou annoncées est caractérisée par une approche complète de collaboration à long terme d'un enjeu unique.

Pour conclure, je voudrais signaler le fait que le ministère poursuit son examen du Programme d'approvisionnement alimentaire par la poste afin de déterminer s'il s'agit de la façon la plus efficace de régler le problème du coût élevé de la nourriture dans les collectivités isolées du Nord. Je sais que tant le ministère que le sous-comité sont préoccupés par l'accès à la nourriture saine et à un prix abordable, étant donné que c'est un facteur d'importance considérable quant à l'amélioration de la qualité de vie, de l'alimentation et de la santé des collectivités isolées du Nord.

Les travaux de recherche effectués au ministère ont permis de relever certains progrès quant aux conditions de vie et au mieux-être des Autochtones du Canada au cours des 20 dernières années dans des domaines importants comme l'espérance de vie, l'éducation, le logement et le revenu. Il y a eu par exemple des améliorations dans les secteurs comme le niveau d'instruction des femmes chez les Premières nations, les Inuits et les Métis. Il est généralement admis que ce genre d'amélioration contribue à de

the remaining gaps, the fact that well-being has been increasing in Aboriginal communities is promising.

Dr. Jeff Reading, Professor and Director, Centre for Aboriginal Health Research, University of Victoria: Thank you for the opportunity today. It is a long time coming, and I hope that your deliberations result in addressing Aboriginal issues, which are really in a crisis. That is the way I have to characterize it.

The crisis in Aboriginal people's health today is complicated by issues that are deeply rooted in long-term, historical, social disparities, which is why there is a concern that no amount of risk assessment or health recommendations will reduce the burden of disease without a parallel understanding of the importance of social change. We can either address this now or we can wait 10 years, and I think without addressing those fundamental determinants, nothing will really change.

That population level factors that determine the health and well-being for any collectivity have their origins in upstream historic, cultural, social, economic and political forces affecting the lives of indigenous people in Canada, has been articulated for more than two decades. As was noted by Ms. Langlois, many of the determinants of health for Aboriginal people are really beyond the scope of the health care delivery system. Such determinants include, changing diets from traditional to non-traditional foods, the issue of food insecurity, stress due to economic factors, pollution and environmental degradation, global capitalism, et cetera. These are all forces that are upstream of the health care system.

It is important to understand that words and their interpretation are very important in a discourse on determinants of health, especially if the aim is to better understand the causes. I will talk a bit of causes of causes, and that gets a little redundant, but it is important.

Aboriginal peoples historically and to the present day have really not been full participants in the nation state called Canada. As the political economy of Canada evolved, it became necessary to dislocate Aboriginal peoples from their traditional lands and their way of life in order to make way for settler societies. That is not my opinion; it is a matter of fact. The process of dislocation as a result of colonization meant many Aboriginal people and communities were socially excluded from Canada. This led to marginalization in education and employment, housing, health care and many other services. This, in turn, effectively created a

meilleurs résultats en santé des populations. Il y a toujours beaucoup de défis à relever pour combler les lacunes qui restent, mais l'amélioration du bien-être dans les collectivités des Premières nations est tout de même quelque chose de prometteur.

Dr Jeff Reading, professeur et directeur, Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université de Victoria : Merci de m'avoir invité à participer à la séance d'aujourd'hui. Ça fait longtemps que j'attendais ça, et j'espère que vos délibérations vont permettre de régler certains des problèmes avec lesquels sont aux prises les Autochtones, parce que c'est vraiment une crise. C'est ainsi que je dois caractériser la situation.

La crise actuelle de la santé des peuples autochtones est compliquée par des enjeux profondément enracinés dans les écarts sociaux et historiques qui durent depuis longtemps, et c'est la raison pour laquelle on pense que les évaluations du risque et les recommandations en matière de santé, peu importe la quantité, ne réduiront pas le fardeau de la maladie s'il n'y a pas en même temps une compréhension de l'importance d'apporter des changements sociaux. Nous pouvons régler ce problème dès maintenant ou nous pouvons attendre 10 ans, et je pense que si nous ne faisons rien au sujet de ces déterminants fondamentaux, il n'y aura pas de changement réel.

Le fait que les facteurs déterminants de la santé et du bien-être de toute collectivité résultent de forces historiques, culturelles, sociales, économiques et politiques en amont qui ont une incidence sur la vie des peuples autochtones du Canada a été exprimé clairement depuis plus de deux décennies. Comme l'a signalé Mme Langlois, bon nombre des déterminants de la santé des peuples autochtones dépassent le cadre du système de prestation de soins de santé. Ces déterminants sont notamment l'évolution du régime alimentaire, qui est passé des aliments traditionnels à des aliments non traditionnels, la question de la sécurité alimentaire, le stress causé par des facteurs économiques, la pollution et la dégradation de l'environnement, le capitalisme à l'échelle mondiale, et ainsi de suite. Ce sont là des forces qui se situent en amont du système de soins de santé.

Si le but est de mieux comprendre les causes, il importe de comprendre que les mots qui y sont associés et leur interprétation revêtent une importance capitale. Je vais vous parler un peu des causes des causes des causes, et ça devient un peu redondant, mais c'est quelque chose d'important.

Dans le passé, les peuples autochtones n'ont pas été les participants à part entière de l'État nation qu'est le Canada, et la situation est encore la même aujourd'hui. Avec l'évolution de l'économie politique du Canada, il est devenu nécessaire de déplacer les peuples autochtones de leurs terres ancestrales et de modifier leur mode de vie pour faire place aux sociétés colonisatrices. Il ne s'agit pas de mon opinion; c'est une question de fait. Le processus de déplacement qui a découlé de la colonisation a engendré l'exclusion sociale du reste du Canada d'un grand nombre de peuples et de collectivités autochtones.

two-tiered society in Canada — one standard for Canadians as a whole and another standard for Aboriginal peoples.

This is difficult for many Canadians to accept, but, a plethora of evidence proves the Aboriginal experience in Canada is unequal. I recently submitted a report to the committee and Sen. Keon which had over 500 references and 155 pages of single-spaced text documenting this unequal experience. Essentially, Aboriginal peoples experience greater health risk in almost every category that we measure, which in turns leads to profound disparity for Aboriginal peoples, especially the most vulnerable, namely children and the elderly.

The social determinants are often referred to as causes of causes. This is coined by Sir Michael Marmot, who is the grandfather of social determinants. This means that disease, disability and death are influenced by individual risk factors such as smoking, obesity, substance abuse, et cetera. These risk factors have been criticized as blaming the victim, as it is really now fully understood that risk factors are socially embedded in the collective lives of individuals, families, communities, regions and even in this case, nation states.

Disparities in social determinants require social remedies, and that is a take-home message. One social remedy is the Assembly of First Nations' campaign to end poverty now. Poverty eradication is the most important determinant of health, in my view, because it is through income that other determinants are purchased, such as adequate housing, access to health care services and even education, potable water, nutritious foods, et cetera.

A recent report from the Public Health Agency of Canada said Aboriginal peoples experienced disparities that are not simply explained or understood using mainstream templates for what determines Aboriginal health. For example, when Aboriginal peoples living off reserve in urban settings were compared to non-Aboriginal people, both groups in urban settings and at comparable levels of income, the Aboriginal group experienced significantly more depressive episodes, 21 per cent versus 13 per cent for their non-Aboriginal counterparts. There is something more than income and geography at play in this scenario. Interestingly, as the income comparisons went from low to high for both groups, so too did the gradient in depressive symptoms, which was reduced to statistical insignificance at the highest income level.

Cette exclusion a conduit à la marginalisation sur les plans de l'éducation, de l'emploi, du logement, des soins de santé et de nombreux autres services. Cela a ensuite créé une société à deux classes au Canada — ça a créé une norme pour les Canadiens en général et une autre pour les peuples autochtones.

Si difficile que ce soit pour de nombreux Canadiens d'accepter cette réalité, il existe d'innombrables preuves du fait que l'expérience vécue par les Autochtones au Canada n'est pas la même que celle des autres Canadiens. J'ai récemment présenté un rapport au comité et au sénateur Keon qui comptait plus de 500 renvois et 155 pages de texte à simple interligne documentant cette expérience de l'iniquité. Essentiellement, les Autochtones font face à des risques plus élevés sur le plan de la santé dans pratiquement chacune des catégories dans lesquelles nous faisons des mesures, ce qui, par ricochet, occasionne une profonde disparité pour les Autochtones, notamment pour les plus vulnérables d'entre eux, soit des enfants et des personnes âgées.

Les déterminants sociaux sont souvent désignés comme étant l'origine des causes. C'est une expression de sir Michael Marmot, qui est le grand-père des déterminants sociaux. Cela veut dire que la maladie, l'invalidité et la mort ont des facteurs de risque individuels comme le tabagisme, l'obésité, la consommation abusive d'alcool ou de drogues, et ainsi de suite. Ces facteurs de risque ont été critiqués parce qu'ils donnent l'impression qu'on blâme la victime, parce qu'on comprend maintenant pleinement que ces facteurs sont socialement imbriqués dans la vie collective des gens, de leur famille, de leur collectivité, de leur région et même, dans le cas qui nous intéresse, de l'État nation.

Les disparités qui existent au chapitre des déterminants sociaux exigent des solutions sociales, et c'est le message que j'aimerais que vous reteniez. L'une de ces solutions, c'est la campagne visant à mettre un terme à la pauvreté dès maintenant de l'Assemblée des Premières nations. L'élimination de la pauvreté est à mon avis le déterminant de la santé le plus important, étant donné que c'est par le revenu que les gens peuvent s'assurer d'accéder aux autres déterminants de la santé comme le logement adéquat, l'accès aux services de santé et à l'éducation, l'eau potable et les aliments nutritifs, entre autres.

Un rapport récent de l'Agence de la santé publique du Canada précise que les Autochtones sont confrontés à des disparités au chapitre de la santé qui ne peuvent être expliquées simplement ou comprises au moyen des modèles standards utilisés pour déterminer les facteurs qui influent sur la santé des Autochtones. À titre d'exemple, lorsqu'on a comparé les Autochtones vivant à l'extérieur des réserves en milieu urbain à des non-Autochtones, les deux groupes vivant en milieu urbain et ayant un revenu faible et comparable, on a constaté que le groupe des Autochtones vivait des épisodes dépressifs beaucoup plus importants, soit 21 p. 100 par rapport à 13 p. 100 chez les non-Autochtones. Dans ce scénario, d'autres éléments que le revenu et la situation géographique sont en jeu. Fait intéressant, lorsqu'on a comparé le niveau de revenu des deux groupes, du plus faible au plus élevé, on a constaté que la fréquence des symptômes de dépression était presque nulle sur le plan statistique chez les personnes qui gagnaient un revenu plus élevé.

To explore the origins of health for Aboriginal people, the unique context includes an examination of social political factors, a holistic perspective on health with optimization at each stage of life from preconception to death. This life course perspective is extremely important.

I want to talk about causes of causes of causes, which I have segmented into proximal, intermediate and distal. The proximal factors in terms of determinants include health behaviours, physical environment, employment and income, education and food insecurity. The upstream intermediate determinants, described as upstream to the proximal, include health care, education again, community infrastructure, resources and capacities, environmental stewardship and cultural continuity. The most distal determinants include the experience of colonization, racism, social exclusion and the need to pursue self-determination as a step towards Aboriginal population recovery.

The goal is to optimize the developmental trajectory over the entire life course, and the object is to address the complex interaction of health determinants and exposures in particular Aboriginal contexts, whether First Nations, Inuit or Metis, urban, rural or remote, over the entire life course. That is the challenge.

The discussion needs to include community level or broad reaching risk factors that influence health and well-being across the life course for collective health. These cross-cutting risk factors help to set the stage and highlight the underlying risk factors, including health and well-being for Aboriginal population.

We need to begin to look at life stages. I cannot emphasize this enough. Naturally, this could begin with a discussion of prenatal risk factors, including in-depth discussions of birth and the connection to early childhood, childhood and adolescences, and adult risk factors. This is a natural and logical ordering that follows the life trajectory and the temporal course of risk exposure and disease development. These factors and influences are connected to one another across the life course. While this separation of the different life stages is important, it is also important to remember that many risk factors are present at several life stages.

My proposal is for a community-based population health model that would address health determinants, facilitate and complement a whole-of-government approach to Aboriginal population health at the federal level, with partnership at the regional level, of course. The model would need to create a strategic alliance that connects the health determinants.

Pour étudier les origines de l'état de santé des Autochtones, il faut tenir compte du contexte unique qui comprend un examen des facteurs socio-politiques et d'une perspective globale en matière de santé qui met l'accent sur l'optimisation de la santé à chacune des étapes de la vie, de la période précédant la conception à la mort. Ce point de vue axé sur l'ensemble des étapes de la vie est extrêmement important.

Je veux parler des causes des causes des causes, que j'ai réparties en causes proximales, intermédiaires et distales. Les facteurs proximaux, pour ce qui est des déterminants, sont les comportements liés à la santé, l'environnement physique, l'emploi et le revenu, l'éducation et la sécurité alimentaire. Les déterminants intermédiaires en amont, décrits comme étant en amont des facteurs proximaux, sont les soins de santé, l'éducation, encore une fois, l'infrastructure communautaire, les ressources et les capacités, la gérance environnementale et la continuité culturelle. Les déterminants les plus distaux sont l'expérience de la colonisation, le racisme, l'exclusion sociale et le besoin d'autodétermination comme moyen d'assurer le rétablissement des populations autochtones.

L'objectif est d'optimiser la trajectoire de croissance au cours d'une vie, et le but est de comprendre l'interaction complexe des déterminants de la santé en ayant soin de tenir compte de l'exposition à des contextes autochtones particuliers, que ce soit chez les Premières nations, les Inuits ou les Métis, en milieu urbain, rural ou en région éloignée, sur l'ensemble de la vie. C'est ça le défi.

Le débat doit porter notamment sur les facteurs de risque à l'échelle communautaire ou ceux qui ont des ramifications profondes et qui ont une incidence sur la santé et le mieux-être durant toute la vie pour ce qui est de la santé collective. Ces facteurs de risque touchant plusieurs domaines aident à préparer le terrain et à mettre en lumière les facteurs de risque sous-jacents, notamment la santé et le mieux-être des populations autochtones.

Nous devons commencer par examiner les différentes étapes de la vie. Je ne peux pas insister suffisamment là-dessus. Naturellement, ça pourrait commencer par un débat sur les facteurs de risque avant la naissance, dont des débats approfondis sur la naissance et le lien entre la petite enfance, l'enfance et l'adolescence et les facteurs de risque qui se posent à l'âge adulte. Il s'agit d'un ordre naturel et logique qui suit le parcours de la vie et l'évolution temporelle de l'exposition au risque et de la maladie. Ces facteurs et influences sont liés les uns aux autres au cours de la vie. Cette distinction entre les différentes étapes de la vie est importante, mais il est également important de se rappeler que de nombreux facteurs de risque sont présents à plusieurs étapes de la vie.

Ma proposition vise l'établissement d'un modèle communautaire de santé des populations qui inclurait les déterminants de la santé, qui faciliterait et compléterait une approche pangouvernementale à l'égard de la santé des Autochtones à l'échelon fédéral, avec un partenariat à l'échelon régional, bien entendu. Le modèle devrait créer une alliance stratégique pour mettre en lien les déterminants de la santé.

According to the third report of the Senate committee, over 30 federal departments and agencies are delivering over 360 programs and services to Aboriginal people, with more than half, about 190, available to all groups, and the remainder available to particular groups. That was the 2008 report. The six core areas of the proposed strategic alliance here, I would propose, are education, which is extremely important, community prevention and intervention, a special focus on mental health, housing issues, community development and capacity investments, and finally the need to build a cadre of health professionals at all levels in the development of a comprehensive aboriginal health workforce.

Given that some 50 per cent of Aboriginal population is under the age of 25, it is logical to invest heavily in the health of future generations while not ignoring the needs of the present. During early life, from pre-conception to the prenatal and postnatal periods, life is almost totally dependent on the health of the mother. Although malleability is greatest in the earliest stages in life, spending on health, education and general well-being is the inverse of that, with the least amount spent in early life and the greatest investments made at the end of life. There has to be balancing there to optimize the developmental trajectory.

The regional health survey found that the social support and well-being undertaken by the First Nations there of children is directly affected by the socio-economic status and educational attainment of the parents. Thus, education of children is one of the most obvious solutions. Longitudinal follow-up studies of the Head Start Program in the United States and other places shows that early childhood education programs increase educational attainment, lower rates of social assistance, crime and teenage pregnancy.

In closing, I believe it is important to reflect on the pursuit of a whole-of-government approach, which is being done in Australia with the support of the Prime Minister, and support Aboriginal peoples' legitimate desire to achieve self-determination. In health services this means a development of Aboriginal-led regional health authorities, funded and supported by federal and provincial funds. We need to seek commitment among Aboriginal political organizations, political, territorial and federal government to a multi-year dialogue to explore common issues and agendas for action to improve Aboriginal health and well-being. This will not be a quick fix. It needs dialogue and discussion.

Another idea is to facilitate and accelerate the dissemination and translation of knowledge into potential applications and benefits through policies, interventions, services and products. Finally, there is a need to encourage multilateral collaborative ventures among communities, between communities and institutions concerned with improving the health and well-being of Aboriginal people. We need to promote multi-disciplinary,

D'après le troisième rapport du comité sénatorial, plus de 30 ministères et organismes fédéraux offrent au-delà de 360 programmes et services aux Autochtones, dont plus de la moitié, soit environ 190, sont accessibles à tous les groupes, et le reste, à des groupes déterminés. Il s'agit du rapport de 2008. Les six principaux secteurs de l'alliance stratégique que je propose sont l'éducation, qui est une chose extrêmement importante, la prévention et l'intervention en milieu communautaire, la santé mentale comme domaine d'intervention privilégiée, les questions liées au logement, le développement communautaire et la capacité d'investissement, et, enfin, le besoin de mettre en place un ensemble de professionnels de la santé à tous les niveaux afin d'avoir des effectifs autochtones complets dans le domaine de la santé.

Étant donné qu'environ la moitié de la population autochtone a moins de 25 ans, il est logique d'investir massivement dans la santé des générations futures tout en répondant aux besoins de la génération actuelle. Au stade précoce de la vie, de la période qui précède la conception aux périodes antérieures et postérieures à la naissance, la vie d'un enfant dépend presque entièrement de la santé de la mère. Alors que la malléabilité est à son maximum aux premiers stades de la vie, les dépenses en santé et en éducation ainsi que les dépenses visant le bien-être général sont inverses, les sommes investies au début de la vie de l'enfant étant moindres que celles qui sont consacrées à la dernière étape de la vie. Il faut trouver un équilibre à cet égard pour optimiser le parcours développemental.

L'enquête régionale sur la santé a révélé que le statut socioéconomique et le niveau d'instruction des parents ont des répercussions directes sur le soutien social et le bien-être des membres des Premières nations. Par conséquent, l'éducation des enfants est l'une des solutions les plus évidentes. Les études de suivi longitudinales du programme Bon départ aux États-Unis et ailleurs montrent que les programmes d'éducation de la petite enfance augmentent le niveau d'instruction et réduisent le taux d'aide sociale, de criminalité et de grossesses précoces.

Pour conclure, je crois qu'il est important de réfléchir à l'adoption d'une approche pangouvernementale, ce qui se fait en Australie avec le soutien du premier ministre, et d'appuyer le désir légitime des Autochtones d'atteindre l'autodétermination. Au chapitre des services de santé, cela signifie la création de régies régionales de la santé dirigées par des Autochtones, dont le financement et le soutien seraient assurés par des fonds versés par les gouvernements fédéral et provinciaux. Nous devons encourager les organismes politiques autochtones et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à établir un dialogue pendant plusieurs années pour examiner les enjeux et les plans d'action communs afin d'améliorer la santé et le bien-être des Autochtones. La solution ne sera pas simple. Il faut qu'il y ait un dialogue et un débat.

Une autre idée, c'est de faciliter et d'accélérer la diffusion, le transfert et l'application des connaissances en mesures et retombées éventuelles par l'entremise de politiques, d'interventions, de services et de produits. Enfin, il faut favoriser les moyens de collaboration multilatérale entre les collectivités et les organismes voués à l'amélioration de la santé et du bien-être des Autochtones. Il nous faut promouvoir la collaboration entre des intervenants issus

multi-institutional, multi-sector collaborations, and build upon existing frameworks of policy-makers and researchers to further develop capacities on Aboriginal people's health in areas of mutual shared priorities.

I would like to leave the last word to the Senate Committee on Population Health from its fourth report, where they state and in fact the subcommittee believes that it is unacceptable for a privileged country like Canada to continue to tolerate such disparities in health.

Debbie Dedam-Montour, Executive Director, National Indian and Inuit Community Health Organization: Our organization works on behalf of CHRs, community health representatives. The CHRs are front-line, paraprofessional health care providers serving First Nation and Inuit communities for 47 years. Many of these communities are remote or isolated. We provide an annual national training session promoting holistic health and build capacity on various issues ranging from abuse prevention, tobacco misuse, abuse, injury prevention and diabetes, to developing resources on HIV/AIDS, to keeping older Aboriginal elders active. To look at closing the gap, we need to address health inequities. This presentation will focus on how CHRs can facilitate that objective.

When we look at population health, any change we want to see is going to happen at the community level. The CHR's approach is to look at health from a wellness model, using health promotion, health education and disease prevention initiatives. The CHRs play a vital role as key individuals in community health, who know and monitor the pulse of their community's well-being. As front-line health care workers, they are the first line of defence in identifying a problem and to facilitate intervention in collaboration with other members of their health team. That is the level where CHRs work. They are key in delivering services in a local context, a lifeline in community health, yet supports for many CHRs are lacking.

The Royal Commission on Aboriginal Peoples stated that the CHR program is one of the most successful programs involving Aboriginal people in promoting their health. It further states that in particular, CHRs can help Aboriginal individuals and communities learn to exercise personal and collective responsibility with regard to health matters.

Our hope arising from the report of the Royal Commission on Aboriginal People was that such statements would set the stage for greater support and capacity development of CHRs. Sadly, instead of greater support for this program and these important stable and trusted frontline paraprofessional health care providers in First Nation and Inuit communities, the CHR program was

de disciplines, d'organismes et de secteurs divers et miser sur les cadres actuels de décideurs et de chercheurs pour renforcer les capacités au chapitre de la santé des Autochtones dans des secteurs de priorités communes.

J'aimerais laisser le dernier mot au Comité sénatorial sur la santé des populations en citant son quatrième rapport, dans lequel il affirme qu'il est inacceptable qu'un pays privilégié comme le Canada continue à tolérer de telles disparités en matière de santé.

Debbie Dedam-Montour, directrice exécutive, Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire : Notre organisme travaille au nom des RSC, les représentants en santé communautaire. Les RSC sont des fournisseurs auxiliaires de soins de santé de première ligne au service des collectivités des Premières nations et des Inuits depuis 47 ans. Bon nombre de ces collectivités sont situées dans des régions éloignées ou isolées. Chaque année, nous offrons une séance nationale de formation sur la promotion d'une santé globale afin de renforcer les capacités à l'égard des divers enjeux, depuis la prévention de la violence jusqu'à la création de ressources dans le domaine du VIH/sida ou pour garder les aînés autochtones actifs, en passant par l'usage abusif du tabac, la prévention des blessures et le diabète. Pour réduire l'écart, nous devons nous attaquer aux inégalités. Mon exposé portera sur la façon dont les RSC peuvent faciliter l'atteinte de cet objectif.

En ce qui concerne la santé des populations, tout changement souhaité se produira à l'échelle communautaire. L'approche des RSC consiste à aborder la santé selon un modèle de mieux-être, à l'aide d'initiatives de promotion de la santé, d'éducation en matière de santé et de prévention des maladies. Les RSC jouent un rôle essentiel en ce qui a trait à la santé communautaire; ils surveillent le bien-être de leurs collectivités. En tant que fournisseurs de soins de santé travaillant directement auprès des gens, ils constituent la première ligne de défense et relèvent les problèmes, ils facilitent les interventions en collaboration avec d'autres membres de leur équipe de santé. Voilà le niveau auquel travaillent les RSC. Ils sont essentiels à la prestation de services dans un contexte local, ils sont une bouée de sauvetage en santé communautaire, et pourtant, de nombreux RSC manquent de soutien.

La Commission royale sur les peuples autochtones a déclaré que le programme des RSC est une des initiatives qui ont le mieux contribué à la participation des Autochtones à la promotion de leur santé. Elle a ajouté que les RSC peuvent notamment beaucoup aider les collectivités autochtones et les gens à assumer leurs responsabilités personnelles et collectives en matière de santé.

Nous espérons qu'une telle déclaration dans un rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones ouvrirait la voie à plus de soutien aux RSC et à un renforcement de leur capacité. Malheureusement, au lieu de constater un meilleur appui à ce programme et à ses importants fournisseurs auxiliaires de soins de santé de première ligne à qui des collectivités des Premières

removed from the compendium of programs at the federal level, and operational funding to the CHR's national organization was cut off. I believe that was in 1999 or 2000.

CHR's work with all community members within all stages of life, from promoting good preconception health, right up to providing comfort to those in the last stages of their life. In looking at closing the gap, one must look at the fact that on average First Nation and Inuit peoples' life expectancy is 5 to 10 years less than Canadians as a whole.

We need a well-trained community health provider who knows their community and has the trust of the population to help people work together on the modifiable factors to extend life expectancy; namely lifestyle, diet, exercise, driving safely, reducing misuse and abuse of tobacco and facilitating access to health care.

All these are within the scope of CHR duties. They can generate a positive impact but they need training, ongoing continuing education opportunities, sufficient culturally appropriate resources and wage parity.

It has been frequently stated that we need more health care professionals, yet there is an important workforce within First Nation and Inuit communities that is not being supported to build their skills capacity. The National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization has developed a capacity development roadmap called Road to Competency, but that initiative has not moved forward since March 2007.

Some who have stated that the role of CHR's has diminished or communities are not hiring CHR's. What NIICHO has noted is that the CHR's are being re-titled. Instead of building capacity and increasing the numbers of these paraprofessional health providers, a variety of new program positions are created. These new program workers are doing what CHR's have done for almost 50 years. This re-titling of CHR's has undermined the CHR program and CHR's ability to work across lifespans. New mothers are now under the responsibility of the newly created PCNP — the Canadian Pre-natal Nutrition Program, and elders deal with the newly created Aboriginal Diabetes Initiative worker. These programs are important but lead to program silos which have caused voids in health care delivery.

Work to increase the number of CHR's and their skills capacity is needed now more than ever, as we consider the lack of health professionals in this country. For isolated and remote First Nation and Inuit communities this is especially important as they suffer from periods when there is no nurse and only have access to

nations et des Inuits font confiance, nous avons été témoins du fait que le programme des RSC a été retiré du compendium des programmes à l'échelon fédéral et que les fonds de soutien à l'organisme national des RSC ont été réduits. Je crois que c'était en 1999 ou en 2000.

Les RSC travaillent avec tous les membres des collectivités, à toutes les étapes de la vie; ils offrent des services allant de la promotion d'une bonne santé avant la grossesse jusqu'au réconfort offert aux gens à la fin de leur vie. Pour réduire l'écart, on doit tenir compte du fait que, en moyenne, l'espérance de vie des membres des collectivités des Premières nations est de cinq à dix ans inférieure à celle des Canadiens en général.

Nous avons besoin de fournisseurs de soins de santé communautaires dûment formés et en qui la population a confiance, afin d'aider les gens à travailler ensemble sur les facteurs modifiables dans le but de prolonger l'espérance de vie, c'est-à-dire le mode de vie, l'alimentation, l'exercice, la conduite sécuritaire, la réduction de la consommation de tabac et la facilitation de l'accès aux soins de santé.

Tous ces facteurs s'inscrivent dans les fonctions des RSC. Ils peuvent générer des répercussions positives, mais, pour le faire, ils ont besoin de formation, d'occasions d'apprentissage continu, de suffisamment de ressources appropriées sur le plan culturel et de pouvoir bénéficier de l'équité salariale.

Il a souvent été mentionné que nous avons besoin de plus de professionnels des soins de santé; pourtant, une main-d'œuvre importante au sein des collectivités des Premières nations et des Inuits ne reçoit pas le soutien nécessaire pour acquérir des compétences. L'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire a préparé une feuille de route visant la question des compétences intitulée La voie de la compétence, mais cette initiative n'a pas évolué depuis mars 2007.

Certaines personnes affirment que le rôle des RSC a diminué ou que les collectivités n'embauchent personne. L'ONRIISC a constaté que l'on est en train de redéfinir le titre de RSC. Plutôt que de renforcer les capacités et d'accroître le nombre de fournisseurs de soins de santé auxiliaires, on crée divers nouveaux postes au sein du programme. Ces nouveaux travailleurs font le même travail que les RSC font depuis près de 50 ans. Ce nouveau titre donné aux RSC mine leur programme et leur capacité de travailler auprès des personnes de tous âges. Les jeunes mères sont maintenant sous la responsabilité des travailleurs du nouveau PCNP — le Programme canadien de nutrition prénatal —, puisque les aînés ont maintenant affaire aux travailleurs de la nouvelle Initiative sur le diabète chez les Autochtones. Ces programmes sont importants, mais ils mènent à un cloisonnement des programmes qui engendre des manques dans la prestation des soins de santé.

Puisque nous sommes témoins d'un manque de professionnels de la santé dans notre pays, il faut maintenant, plus que jamais, travailler à accroître le nombre de RSC et à renforcer leur capacité. Cela est d'autant plus important pour les membres des collectivités isolées des Premières nations et des Inuits, car ils

fly-in doctors. The amount of time these workers spend is limited and does not provide continuity and opportunity to build trust relationships, both which enable better health outcomes.

In conclusion, the means NIICHO sees of advancing the agenda of closing the gap is two-fold: Reinstatement of the CHR program in such a manner that it can evolve to respond to community needs now and in the future; and a policy that supports program delivery through CHRs, as they are the stable and trusted health care provider with expert knowledge of the local context.

The chair of this subcommittee, Senator Keon, in a recent presentation at the Aboriginal Child Rearing Showcase Conference stated that building human capital will lead to health capital. NIICHO is in agreement with that statement as it relates to CHRs. Increasing the number and skills capacity of CHRs will bring better health outcomes at the local level.

Peter Dinsdale, Executive Director, National Association of Friendship Centres: Let me start by saying it is an honour to appear before the committee. I would like to acknowledge the other presenters. It is a great honour for us to be sharing this time with you. I also would like to acknowledge the clerk and all the work she had done chasing me around the country to make sure my stuff was in on time.

None of these things happen in isolation. I would like to acknowledge the great work of the National Collaborating Centre for Aboriginal Health, which has done a lot of excellent work on the social determinants of Aboriginal health.

We also had an opportunity to work with the Canadian Reference Group to the World Health Organization on social determinants of health, and had a great opportunity to provide feedback specifically on some Aboriginal issues. None of this happens in a vacuum. In our presentation today, we are trying to build upon the shoulders of all these leaders we have been talking with.

In case some of you are not aware, the National Association of Friendship Centres is a national Aboriginal organization. Sometimes we only talk about five; there are many others and we are one of them. We represent the concerns and interests of 120 Friendship Centres across Canada, from coast to coast to coast. They are not on reserve, but they are urban, rural and remote. Our mission is to improve the quality of life of Aboriginal peoples in these areas.

We provide about \$114 million in programming on the ground through a variety of partnerships. About one third is other provincial and territorial governments investing; one third is other federal departments, including Health Canada, through some of

vivent des périodes au cours desquelles aucune infirmière n'est disponible et où ils n'ont accès qu'à des médecins se déplaçant en avion. Le temps que ces travailleurs consacrent aux collectivités en question est limité, et cela ne favorise pas la continuité ni l'établissement de relations de confiance, qui sont les éléments qui donnent les meilleurs résultats en matière de santé.

En conclusion, l'ONRIISC croit qu'il y a deux moyens de réduire l'écart : rétablir le programme des RSC de façon à ce qu'il puisse évoluer pour répondre aux besoins actuels et futurs des collectivités, et élaborer une politique qui viendrait appuyer la mise en œuvre du programme par l'entremise des RSC, car ceux-ci sont des fournisseurs de soins de santé stables et dignes de confiance, qui possèdent l'expertise du contexte local.

Dans un exposé qu'il a présenté récemment dans le cadre d'une conférence sur l'éducation des enfants autochtones, le président du sous-comité, le sénateur Keon, a déclaré que le renforcement du capital humain mènera à un meilleur capital santé. L'ONRIISC est d'accord avec le sénateur Keon sur ce point pour ce qui est des RSC. L'augmentation du nombre de RSC et le renforcement de leurs capacités entraîneront de meilleurs résultats en matière de santé à l'échelle locale.

Peter Dinsdale, directeur exécutif, Association nationale des centres d'amitié : Permettez-moi de commencer par dire que c'est un honneur que de comparaître devant le comité. J'aimerais saluer les autres témoins. C'est un grand honneur pour nous de partager le temps passé ici avec vous. J'aimerais aussi souligner les efforts déployés par la greffière, qui a dû me retracer dans mes déplacements au pays pour s'assurer que mes documents lui parviendraient à temps.

Ce genre de choses n'arrive pas tout seul. J'aimerais insister sur l'excellent travail du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone dans le domaine des déterminants sociaux de la santé des Autochtones.

Nous avons également pu travailler avec le Groupe de référence canadien de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, ce qui a été une excellente occasion pour nous de fournir une rétroaction précise au sujet des enjeux qui touchent les Autochtones. Rien de tout cela ne se fait dans le vide. L'exposé que nous vous présentons aujourd'hui est fondé sur les discussions que nous avons eues avec tous ces chefs de file.

Au cas où certains d'entre vous ne le sauraient pas, l'Association nationale des centres d'amitié est une organisation autochtone nationale. Nous ne parlons parfois que de cinq organisations, mais il y en a de nombreuses autres, et nous sommes l'une d'entre elles. Nous exprimons les préoccupations et défendons les intérêts de 120 centres d'amitié d'un peu partout au Canada. Ces centres ne sont pas situés dans les réserves, mais se trouvent en milieu urbain, dans le milieu rural et dans des régions éloignées. Notre mission est d'améliorer la qualité de vie des Autochtones qui vivent dans ces régions.

Nous offrons des programmes d'une valeur d'environ 114 millions de dollars dans le cadre de toutes sortes de partenariats. Environ le tiers de cette somme découle des investissements d'autres gouvernements provinciaux et territoriaux;

the children's programs that were discussed today; and the other third is a variety of sources, including municipal, own-source revenue generation and other foundations.

We have included a more robust presentation. I will not go through it slide by slide, but there is a map showing where the Friendship Centres are located across Canada.

The thrust of my presentation is to highlight the challenges facing urban areas specifically. It is not to minimize the challenges experienced elsewhere, but it is a policy thrust that often gets ignored in program and service development which occurs after these issues are addressed. We have heard about some of that isolation today.

The 2000 census showed 54 per cent of all Aboriginal people live in cities. I will ask you in your deliberations, have you found that 54 per cent of the policy and program responses are geared toward addressing this population? I will tell you they are not.

One in 10 of the residents in Winnipeg are Aboriginal. We are seeing huge growth in areas like Edmonton and Halifax; in fact, all over the country, the urban population is growing. Just about half, 48 per cent of the population in the 2006 census, is under the age of 25.

As a service delivery provider, we are dealing with a very urban, young and impoverished population for all those reasons that the social determinants of health will talk about. This is the policy challenge we face every day, yet this is not the kind of program focus provided on the ground. That is the real problem for us.

You know the social determinants of health broadly. You know there are specific Aboriginal social determinants of health that have been articulated by the National Collaborating Centre for Aboriginal Health, the AFN and others, who have done great work in addressing some of these issues.

As a national body, we are in the process of articulating some urban Aboriginal social determinants of health. In my short time with you, I would like to focus on poverty. I am glad Mr. Reading said he thought it was one of the more significant issues.

I will provide an example of how poverty has a different focus in urban areas, and how the policy response will be different but we never get to this level of conversation in the Aboriginal community.

I will focus first on participation rate in the Canadian economy. The 2006 census showed that 66.9 per cent of all Canadians participate in the Canadian economy. The total

un autre tiers vient d'autres ministères du gouvernement fédéral, dont Santé Canada, par l'intermédiaire de certains des programmes pour les enfants dont il a été question aujourd'hui; le dernier tiers provient de toutes sortes de sources, notamment les administrations municipales, de la génération de recettes autonomes et d'autres fondations.

Nous avons fourni un exposé plus étoffé. Je ne vais pas passer les diapositives une par une, mais il y en a une sur laquelle vous pouvez voir une carte qui montre où sont situés les centres d'amitié au Canada.

Le but de mon exposé est de mettre en lumière les problèmes qui se posent en milieu urbain surtout. L'objectif est non pas de minimiser les problèmes vécus ailleurs, mais plutôt d'aborder un aspect des politiques dont on ne tient pas compte bien souvent dans le processus d'élaboration des programmes et des services qui se déroule une fois que ces enjeux ont été abordés. Nous avons entendu parler de cet isolement aujourd'hui.

Selon le recensement de 2000, 54 p. 100 des Autochtones vivent dans les villes. Je vais vous poser une question : dans le cadre de vos délibérations, avez-vous constaté que 54 p. 100 des interventions stratégiques et des programmes sont axés sur les besoins de cette population? Je vais aussi vous donner la réponse : non.

À Winnipeg, une personne sur 10 est autochtone. Nous sommes témoins d'une forte croissance de villes comme Edmonton et Halifax; en fait, un peu partout au pays, la population urbaine est en croissance. D'après le recensement de 2006, près de la moitié — 48 p. 100 — de la population est âgée de moins de 25 ans.

Comme fournisseurs de services, nous avons affaire à une population très urbaine, jeune et appauvrie, pour toutes ces raisons dont il est question quand on parle des déterminants sociaux de la santé. C'est l'enjeu stratégique auquel nous faisons face au quotidien, mais ce n'est pourtant pas sur ça que sont axés les programmes en pratique. C'est ça, le vrai problème qui se pose pour nous.

Vous connaissez les déterminants sociaux de la santé dans l'ensemble. Vous savez que des déterminants touchant plus particulièrement les Autochtones ont été définis par le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone et par l'APN, entre autres, qui ont fait un excellent travail pour tenter de régler certains de ces problèmes.

À titre d'organisme national, nous sommes en train de définir des déterminants sociaux de la santé touchant les Autochtones qui vivent en milieu urbain. Comme le temps est limité, j'aimerais me concentrer sur la pauvreté. Je suis content que M. Reading ait dit qu'il s'agit selon lui de l'un des problèmes les plus importants.

Je vais illustrer par un exemple le fait que la pauvreté a une incidence différente en milieu urbain, ce qui exige une intervention stratégique différente, mais ce dont nous ne parlons jamais dans les collectivités autochtones.

Je vais d'abord aborder la question du taux de participation à l'économie du Canada. Selon le recensement de 2006, 66,9 p. 100 des Canadiens participent à l'économie du pays. Chez les

Aboriginal rate is 63.1 per cent, significantly less. For rural Aboriginal people, it is 64.2 per cent, more than total Aboriginal but still less than Canada.

Urban Aboriginal people participate at 67.5 per cent, more than the Canadian average; yet our average income is much lower. The average income for Canada is \$35,000 total family income and the total urban Aboriginal income is \$26,000 and change.

There is a variety of reasons for that disparity, including education achievement. It is easy to get low-paying jobs in cities. We believe, because of racism and discrimination in cities, we are less likely to be promoted in jobs. We are in some of these locales where average income is artificially suppressed as a result.

As Mr. Reading said, this has a tremendous impact. Part of our issue with Kelowna — and we are one of the few Aboriginal organizations that did not agree with Kelowna in the final analysis — was that it did not help a mythical Aboriginal woman living in downtown Winnipeg.

She needs to work, to finish her schooling; she needs to access training and child care. If we are to impact the Aboriginal community broadly, we have to address the needs of that mythical woman and her child. If she finishes school, gets a better job and lives in better neighbourhood, her child will go to a better school and live in a better neighbourhood. Her life and her child's life will be better for generations.

These are the kinds of strategic investments and policy focuses that are required. Yet these are not the kinds of things we are seeing in the general discourse of federal Aboriginal employment training programming, provincial responses or in that murky jurisdictional area that exists, where neither the federal government wants to show leadership nor the provincial government wants to respond.

If you think about poverty, or maybe more specifically about employment and training, what are the responses that will be required nationally, regionally and locally in order to make a difference?

Nationally, we need a federal partner that understands these challenges and is willing to act. Currently, in federal Aboriginal training employment programs, most of the focus is on a First Nation, Metis or Inuit basis. That is a great policy basis, but if 54 per cent of all Aboriginal people live in urban areas, there is a huge gap. That three-group focus does not reach non-status Indians or people across Canada. There is a huge grey area that does not get addressed with that kind of programmatic response.

Autochtones, cette proportion est de 63,1 p. 100, ce qui est beaucoup moins. Pour ce qui est des Autochtones qui vivent en milieu rural, la proportion est de 64,2 p. 100, proportion qui est donc supérieure à celle de l'ensemble des Autochtones mais qui demeure inférieure à celle de la population canadienne.

Le taux de participation des Autochtones qui vivent en milieu urbain est de 67,5 p. 100, ce qui est plus élevé que la moyenne canadienne; néanmoins, notre revenu moyen est beaucoup plus faible. Le revenu moyen au Canada est de 35 000 \$, c'est-à-dire le revenu familial total, tandis que le revenu total des Autochtones qui vivent en milieu urbain est de 26 000 \$ et des poussières.

Cet écart s'explique par toutes sortes de choses, y compris le degré de scolarité. C'est facile de trouver un emploi mal payé en ville. À notre avis, nous sommes moins susceptibles d'obtenir des promotions à cause du racisme et de la discrimination qui existent dans les villes. Dans certaines villes, nous voyons le revenu moyen supprimé de façon artificielle en raison de cela.

Comme M. Reading l'a dit, les répercussions sont énormes. Ce qui pose en partie problème, pour nous, dans l'Accord de Kelowna — et nous sommes l'une des rares organisations autochtones à avoir fini par rejeter l'Accord de Kelowna —, c'est que celui-ci ne vient pas en aide à la femme autochtone qui vit au centre-ville de Winnipeg.

Cette femme doit travailler, elle doit terminer ses études, elle doit pouvoir accéder à la formation et aux services de garde. Si nous voulons faire quelque chose pour la communauté autochtone en général, nous devons répondre aux besoins de cette femme et de son enfant. Si elle termine ses études, si elle obtient un meilleur emploi et vit dans un meilleur quartier, son enfant va fréquenter une meilleure école et profiter du fait qu'ils vivent dans un meilleur quartier. La vie de cette femme et la vie de son enfant seront ainsi meilleures pour des générations.

Voilà le genre d'investissements et d'objectifs stratégiques qui sont nécessaires. Pourtant, ce n'est pas le genre de chose que nous voyons en général dans le discours sur les programmes de formation et d'emploi du gouvernement fédéral qui visent les Autochtones, dans les interventions des gouvernements provinciaux ni dans cette zone grise des champs de compétence où le gouvernement fédéral ne veut pas faire preuve de leadership et où les gouvernements provinciaux ne veulent pas intervenir.

Pour ce qui est de la pauvreté, ou peut-être plus précisément de l'emploi et de la formation, quelles sont les interventions qui seront nécessaires à l'échelle nationale, régionale et locale pour changer les choses?

À l'échelle nationale, il faut que notre partenaire fédéral comprenne ces problèmes et soit disposé à agir. À l'heure actuelle, dans tous les programmes d'emploi et de formation visant les Autochtones, l'accent est mis sur les Premières nations, les Métis ou les Inuits. C'est un excellent fondement pour les politiques, mais, si 54 p. 100 des Autochtones vivent en région urbaine, il y a une énorme lacune à cet égard. En mettant l'accent sur ces trois groupes, on ne parvient pas à joindre les gens ou les Indiens non inscrits qui vivent un peu partout au Canada. Il y a une vaste zone grise pour laquelle ce genre de programme reste inefficace.

Economic development strategies need to make sure they are reaching people where they live and providing access to capital and appropriate training. The focus of the Aboriginal economic development strategy in urban areas will be different than in rural and remote areas. This is not oil and gas; it is starting small businesses.

Until the provincial and federal thinking around Aboriginal programming changes, we will continue to only talk about oil and gas and resource extraction. We will not talk about small businesses in urban areas where our people are living.

Regionally, we need to make sure that labour market initiatives and agreements among provinces, the federal government and cities work for urban Aboriginal people. That is not always the case for a variety of reasons.

Locally, we need to make sure daycare funding is available. We need to ensure we do not have an artificial barrier that because you are an urban Aboriginal person, you are not able to access the federal employment training program — which exists sometimes right now.

This is the kind of policy approach and lens that needs to be used if we are going to take a serious run at addressing the issues in a systemic way across Canada.

You have asked a number of specific questions and we responded to them in our presentation. Because I have a limited amount of time, I will end with recommendations.

We have hinted at a bunch of them. I want to also mention that the Aboriginal Friendship Centre Program was cut by 25 per cent in the 1990s — 1996 to be exact. Not one cent has been invested in it since. With inflation, that is nearly a 50 per cent reduction in purchasing power.

Imagine if your Senate offices were restricted to 1996 dollars in terms of how you could staff your offices and the work you were able to do. Imagine if this committee's dollars were in 1996 dollars. This is what is facing our front line community agencies across the country.

Some of our executive directors are being paid \$40,000 a year. They are doing great work for that, but we are not attracting the best to serve this growing and emerging problem.

We served 1.3 million client contacts across the country last year through these agencies. We need to leverage significant provincial, federal and local support for the programs and

Les stratégies de développement économique doivent être conçues de façon à atteindre les gens là où ils vivent et à offrir un accès au capital et à une formation adéquate. L'orientation d'une stratégie de développement économique visant les Autochtones qui vivent en milieu urbain est nécessairement différente de celle d'une stratégie visant les Autochtones qui vivent en milieu rural ou en région éloignée. On ne parle pas ici de pétrole et de gaz; il s'agit de la création de petites entreprises.

Tant que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux n'auront pas commencé à réfléchir à des modifications qui pourraient être apportées aux programmes visant les Autochtones, nous allons continuer de ne parler que du pétrole et du gaz et de l'extraction des ressources. Nous n'allons pas parler des petites entreprises des régions urbaines où les gens de notre communauté vivent.

À l'échelle régionale, nous devons nous assurer que les initiatives relatives au marché du travail et les ententes conclues entre les provinces, le gouvernement fédéral et les villes fonctionnent pour les Autochtones en milieu urbain. Ce n'est pas toujours le cas, pour toutes sortes de raisons.

À l'échelle locale, il faut nous assurer que le financement des garderies est accessible. Il faut nous assurer qu'il n'y a pas d'obstacles artificiels pour les Autochtones qui vivent en milieu urbain à l'accès aux programmes de formation et d'emploi du gouvernement fédéral — ce qui est parfois le cas à l'heure actuelle.

C'est le genre d'approche stratégique et d'optique qu'il faut adopter si nous voulons vraiment régler les problèmes de façon systématique partout au Canada.

Vous avez posé plusieurs questions précises, et nous y avons répondu dans notre mémoire. Comme le temps est limité, je vais conclure sur quelques recommandations.

Nous avons présenté certains éléments de beaucoup de recommandations. Je veux également mentionner que le budget du Programme des centres d'amitié autochtone a été réduit du quart dans les années 1990 — en 1996, pour être précis. Pas un cent n'a été investi dans ce programme depuis. Avec l'inflation, ça représente une réduction de près de la moitié du pouvoir d'achat.

Imaginez la situation si vos bureaux devaient fonctionner avec le budget de 1996, comment vous pourriez embaucher du personnel pour vos bureaux et le travail que vous pourriez faire. Imaginez ce qui arriverait si le budget du comité était celui de 1996. C'est à cette situation que font face nos organismes communautaires de première ligne partout au pays.

Certains de nos directeurs généraux touchent 40 000 \$ par année. Ils font un excellent travail en échange, mais nous n'arrivons pas à attirer les meilleurs éléments pour régler ce problème de plus en plus important.

Nous avons offert des services à 1,3 million de clients dans l'ensemble du pays l'an dernier par l'intermédiaire de ces organismes. Nous avons besoin d'un important soutien de la

services. This is a complex job. We need highly trained and educated people, but we also need to be competitive in this wage economy.

One thing this committee can do is recommend that the Department of Canadian Heritage respond appropriately and take safe stewardship of the program they have, which is called the Aboriginal Friendship Centre Program.

That is my presentation. There are other direct questions that you asked of us as presenters here today, and I will be pleased to answer them afterwards if you would like to explore them.

Rosella Kinoshameg, President, Aboriginal Nurses Association of Canada: Thank you for inviting me to this panel. I am the President of the Aboriginal Nurses Association of Canada and I am in my second term. However, I have been with the association since its beginning. We came together in 1974 and became formally established in 1975.

We are the only Aboriginal professional nursing organization in Canada. It recognizes that Aboriginal people's health needs can be best met and understood by health professionals of a similar cultural background.

We do have our vision as the wellness of Aboriginal people. That is in a broad sense. Therefore, our mission is to improve the health by supporting Aboriginal nurses and to promote the development of Aboriginal health nursing practices. Our nurses stretch across Canada. We have a representative from each province on our board but a few of those seats are vacant right now either because we do not have nurses in those communities or there is no one available to take on those seats.

The nurses that we have that belong to our association work in communities in various capacities. Quite often, our nurses are considered the experts in Aboriginal health and they should be because that is what they do. As a president, I do all of that, too.

Our present numbers cannot meet the demands of the health requests that are out there right now. Forty-one per cent of Canadian nurses are over the age of 45 and you all know that; that is a known fact now. Twenty-five per cent of the nurses of Aboriginal ancestry are over the age of 45. The baby-boomers are leaving the work force and are entering retirement. I, myself, will be doing that very soon. Less than 1 per cent of registered nurses in Canada are First Nations, Inuit and Metis. That is a very low number.

By the year 2011, there will be a nursing shortfall of 78,000 and that will increase to 113,000 by the year 2016. The numbers simply are not there.

part des provinces, du gouvernement fédéral et des organisations locales pour offrir nos programmes et nos services. C'est une tâche complexe. Nous avons besoin de gens ayant reçu une bonne formation, qui ont un bon degré de scolarité, mais nous devons également être concurrentiels, au sein d'une économie fondée sur les salaires.

L'une des choses que le comité peut faire, c'est de recommander au ministère du Patrimoine canadien de réagir de façon adéquate et de gérer de façon sûre son programme, le Programme des centres d'amitié autochtones.

Voilà. Vous nous avez posé d'autres questions directes, à nous témoins, et je serai heureux d'y répondre tout à l'heure, si vous le souhaitez.

Rosella Kinoshameg, présidente, Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada : Merci de m'avoir invitée à participer à la séance. Je préside l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, et j'en suis à mon second mandat. Cependant, je suis membre de l'association depuis sa création. Nous nous sommes regroupés en 1974 et avons officiellement établi notre association en 1975.

Nous sommes la seule organisation de professionnels des soins infirmiers autochtones du Canada. Nous savons que les besoins des Autochtones en matière de santé sont mieux comblés et compris par les professionnels de la santé qui ont un bagage culturel semblable.

Nous avons notre propre vision du mieux-être des Autochtones. Je parle d'une vision générale. Ainsi, notre mission est de promouvoir la santé en soutenant les infirmières et les infirmiers autochtones et en favorisant la mise au point de pratiques propres aux Autochtones en matière de soins infirmiers. Nos membres travaillent un peu partout au Canada. Il y a un représentant de chacune des provinces au sein de notre conseil, mais il y a quelques sièges vacants à l'heure actuelle, soit parce que nous ne comptons aucun membre dans certaines collectivités, soit parce que personne n'est disponible pour occuper ces places.

Les infirmières et infirmiers membres de notre association occupent différentes fonctions dans les collectivités. Bien souvent, nos membres sont considérés comme étant les spécialistes de la santé des Autochtones, et ça devrait être toujours le cas, parce que c'est leur domaine. Comme présidente, je fais moi-même tout ça.

Pour l'instant, notre effectif n'arrive pas à répondre aux besoins en matière de santé. Quarante et un pour cent des infirmières et infirmiers du Canada ont plus de 45 ans, et c'est quelque chose que vous savez tous; c'est un fait qui est maintenant bien connu. Vingt-cinq pour cent des infirmières et infirmiers autochtones ont plus de 45 ans. Les baby-boomers quittent la population active et prennent leur retraite. Je vais moi-même le faire très bientôt. Moins d'un pour cent des infirmières et infirmiers autorisés du Canada sont membres des Premières nations ou sont inuits ou encore métis. C'est très peu.

En 2011, il y aura un manque à gagner de 78 000 infirmières et infirmiers, et ce chiffre va passer à 113 000 d'ici 2016. Il n'y a tout simplement pas suffisamment de gens.

As an association, we have developed partnerships with CASN — the Canadian Association of Schools of Nursing — and CAN — the Canadian Nurses Association. Hopefully, we will increase the number of nurses or nursing students. It is not a formal partnership but we are aligned with the Canadian Nurses Foundation to increase scholarships for Aboriginal nursing students in the baccalaureate, masters and nurse practitioner categories and for people doing research in the communities.

We also want to support nursing students through mentoring programs. Our association ran such a pilot project this past year. We will also be looking forward to doing a mentoring program for nurses when they finish their entry into their practice because they need it when they go into their communities.

I will not go into all the determinants of health that were discussed because they are all true. You all know that. However, I did look at all the possibilities and options that were put out for consideration and I can see the consideration of those three options to some extent.

There must be consultation. I have been in situations where one Aboriginal person speaks up and that is considered consultation. I am not referring to that kind of consultation. There must be consultation with Aboriginal people; there must be involvement and full participation of the Aboriginal leaders. That is a must.

All areas across Canada are different. We cannot generalize them or say a “pan-Canadian approach” because one size will not fit all. They all must be different.

Perhaps we have to focus on selected determinants; that may have to be the approach to go in some areas. We also may need to strengthen peer learning for greater sharing of experiences and approaches. Some areas have gone ahead and done great work where they were. They have successful programs and that needs to be shared with others so that others are aware that the wheel does not need to be reinvented.

Aboriginal leaders must be consulted or else it will not go anywhere; they must be involved. Also, I do not think it can come down from the top to the bottom. It has to go to the bottom leaders and then work with those people.

I would suggest maybe bringing one or two Aboriginal leaders from each area together to a training session or a strategic planning session to discuss what has been presented in terms of the population health and the determinants of health — or, maybe, we should say “determinants of wellness” — the health disparities and the statistics that have been presented.

Nous avons conclu des partenariats avec l'ACESI — l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières — et avec l'ACII — l'Association canadienne des infirmières et infirmiers. Nous espérons faire en sorte que le nombre d'infirmières et d'infirmiers ou d'étudiants en soins infirmiers augmente. Sans conclure un partenariat officiel, nous avons convenu avec la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada de majorer les bourses offertes aux étudiants autochtones en soins infirmiers au baccalauréat et à la maîtrise, aux infirmières et infirmiers praticiens et aux gens qui font des recherches au sein des collectivités.

Nous souhaitons également venir en aide aux étudiants en soins infirmiers grâce à des programmes de mentorat. Nous avons mené un projet pilote à cet égard au cours de l'année écoulée. Nous souhaitons également offrir un programme de mentorat aux infirmières et infirmiers qui commencent véritablement à pratiquer, parce qu'ils ont besoin d'un encadrement lorsqu'ils commencent à travailler dans la collectivité.

Je ne vais pas parler de tous les déterminants de la santé dont il a été question ici, parce que tout ça est vrai. Ce sont des choses que vous savez tous. Cependant, j'ai examiné toutes les possibilités et toutes les options qui ont été présentées, et je peux envisager une réflexion sur ces trois options dans une certaine mesure.

Il faut qu'il y ait des consultations. J'ai vécu des situations où un Autochtone s'était exprimé, et on considérait que c'était des consultations. Ce n'est pas de ce genre de consultations dont je parle. Il faut qu'il y ait des consultations auprès des Autochtones; il faut que les leaders autochtones participent pleinement au processus. C'est impératif.

Toutes les régions du Canada sont différentes. Nous ne pouvons pas généraliser et parler d'une « approche pancanadienne », parce qu'il n'y a pas de solution universelle. Il faut que les solutions soient toutes différentes.

Il faudrait peut-être que nous nous concentrons sur certains déterminants; c'est peut-être l'approche qu'il faut adopter dans certains domaines. Nous devons également renforcer le processus d'apprentissage auprès des pairs afin de favoriser les échanges au sujet des expériences vécues et des différentes approches. Dans certaines régions, on l'a fait, et le travail effectué est excellent. Les programmes créés fonctionnent, et c'est quelque chose qui doit être partagé avec les autres, pour qu'ils sachent qu'ils n'ont pas à réinventer la roue.

Il faut consulter les leaders autochtones, sans quoi ça n'ira nulle part; ils doivent participer. Par ailleurs, je ne pense pas que le processus peut être descendant. Il faut laisser l'initiative aux leaders qui sont en bas et travailler avec ces gens.

Je proposerais peut-être qu'on demande à un ou deux leaders autochtones de chacune des régions de participer à une séance de formation ou à une séance de planification stratégique commune et de discuter de ce qui a été présenté au chapitre de la santé des populations et des déterminants de la santé — ou peut-être devrions-nous dire des « déterminants du mieux-être » —, des écarts en matière de santé et des chiffres qui ont été présentés.

These things do not filter down to the people at the bottom level and I think we should see a movement once they know all these things — the statistics and what population health is and what the social determinants of health are. I know there are people that are already familiar with those but there are others who are not familiar with those terms.

We need to engage Aboriginal leaders in capacity building, training in the terms we have discussed — population health — and even develop their capacity to participate in this whole process.

As far as coordinating and integrating activities of different departments and agency, they have to be coordinated and the policies need to be coordinated because I have experienced being passed from one department to another or from the federal to the provincial. Each says it is not their issue; it is a back-and-forth battle all the time.

There is a need to access current process of programs, services and funding areas. Population numbers are sometimes being used to determine the level of funding and I think simply using numbers and not looking at communities sets a system to fail.

I had suggested that this Subcommittee on Population Health take the lead in terms of bringing all these people together so it can all be discussed. Part of that is being done today but it is a small group. We need to broaden that to include other people so everyone is engaged.

Perhaps we need to have pilot projects that include the various levels of communities: Those communities that are isolated or small or those that are close to the urban or large centres because they are all different.

Capacity building is also very important. There needs to be authority over the resources. There must be flexibility to address what needs to be done in your own community.

In talking about closing the gap, we should bring together the First Nations Inuit Health Branch, INAC, Health Canada and the health integrated networks now in place. That will allow them to address those gaps so that they are not working in isolation. We need to work more closely together to ensure that there are no gaps.

Traditional teachings say we need to listen with our eyes, our ears and our hearts. At a session I was at this morning they talked about the need to listen and to love so that we can do the healing. That love will come from our hearts. When we do that, healing will take place among our people. Meegwetch.

Ces choses ne se rendent pas aux gens qui sont en bas, et je pense que nous devrions être témoins d'un mouvement une fois qu'ils seront au courant de toutes ces choses — les chiffres et la définition de la santé des populations et des déterminants sociaux de la santé. Je sais qu'il y a des gens qui connaissent déjà ces choses, mais il y en a encore qui ne connaissent pas ces termes.

Nous devons solliciter la participation des leaders autochtones au renforcement des capacités, à la formation par rapport aux termes dont nous avons parlé — la santé des populations — et même faire en sorte qu'ils acquièrent la capacité de participer à tout le processus.

Pour ce qui est de la coordination et de l'intégration des activités des différents ministères et organismes concernés, il faut qu'elles soient coordonnées et que les politiques continuent de l'être aussi, parce que j'ai vécu la situation où on est renvoyé d'un ministère à l'autre et de l'échelon fédéral à l'échelon provincial. Tout le monde dit que ce n'est pas son problème; on se renvoie constamment la balle.

Il faut examiner le processus actuel des programmes, des services et des secteurs de financement. Les chiffres concernant la population sont parfois utilisés pour déterminer le niveau de financement, et je pense que le fait d'utiliser seulement les chiffres et de ne pas examiner la situation des collectivités mène à l'échec du système.

J'ai proposé au Sous-comité de la santé des populations qu'il prenne l'initiative pour ce qui est de réunir tous ces gens, pour que tout ça puisse faire l'objet de débats. C'est en partie ce que nous faisons ici aujourd'hui, mais c'est un petit groupe. Il faut élargir ça pour que tout le monde participe.

Peut-être faudrait-il lancer des projets pilotes visant différents types de collectivités : les collectivités isolées ou petites ou encore celles qui sont près de centres urbains ou de grands centres, parce qu'elles sont toutes différentes.

Le renforcement des capacités est également quelque chose de très important. Il faut qu'une autorité soit exercée sur les ressources. Il est nécessaire d'avoir une marge de manœuvre suffisante pour pouvoir faire ce qui doit être fait dans sa collectivité.

Pour ce qui est de réduire l'écart, nous devrions réunir les responsables de la Direction générale de la santé des Premières nations, et des Inuits, d'AINC, de Santé Canada et des réseaux locaux d'intégration des soins de santé qui sont maintenant en place. Cela leur permettrait de combler ces lacunes pour éviter de travailler de façon isolée. Nous devons collaborer plus étroitement pour nous assurer qu'il n'y ait pas d'écarts.

Selon les enseignements traditionnels, nous devons être attentifs, avec nos yeux, nos oreilles et nos cœurs. J'ai participé à une séance ce matin où on a parlé du fait qu'il est nécessaire d'écouter et d'aimer, pour pouvoir favoriser la guérison. Cet amour, nous le trouverons dans notre cœur. Lorsque nous le ferons, la guérison aura lieu au sein de notre peuple. Meegwetch.

The Chair: The senators have questions for all of you. I have a question for Ms. Dedam-Montour, Ms. Kinoshameg and Mr. Dinsdale to answer, as well as anyone else who wishes to respond.

We had a careful look at the Cuban health system so that we could study the polyclinics in the communities on the ground, where they offer primary health services, education, social services, promotion of productivity, et cetera. We came back convinced and prepared a report to say that this model could be most helpful in Canada, in particular to First Nations.

Ms. Kinoshameg, what impressed me about the polyclinics is that they do provide not only services but also the development of human capital in the broadest context. They were not afraid to step over the boundaries. For example, we have heard from some Canadian nurses that one problem with getting Aboriginal nurses is that there are not enough people in the Aboriginal communities qualified to get into nursing. Cubans do not worry about that. They train nurses to whatever level they can get them to in the local polyclinics. As well, they train other health professionals needed in local polyclinics. They meet their manpower needs locally with training on site in the polyclinics.

Since you are a nurse, what do you think of that? The same applies to the doctors. There are two big medical schools in Havana, but 16 small educational schools in the polyclinics. They train the doctors to whatever level they can and they have literally hundreds of doctors. They have the lowest doctor-patient ratio perhaps in the world.

I know how concerned nurses' associations are about their standards, which is understandable, and the medical profession has the same concern. What do you think of the polyclinic model? I invite you to respond first, Ms. Kinoshameg, but I want to hear from Mr. Dinsdale and Ms. Dedam-Montour as well.

Mr. Dinsdale, I want you to explore this because the friendship centre that I visited could become the nucleus for community development in the cities in the form of polyclinics, educational facilities, social services and educational programs that lead to productivity and employment.

Ms. Kinoshameg: I would have to look into the model you are talking about. I have not studied it but I know that we are working with schools of nursing and with the Canadian Nurses Association to do something with our nursing schools across Canada so we can recruit more Aboriginal students and keep them. There is a need to ensure cultural sensitivity in the programs. Many nursing students do not stay in the programs because of things that happen, how they are treated or how they are spoken to. We need to make changes in the system so that

Le président : Les sénateurs ont des questions pour vous tous. J'ai moi-même une question pour Mme Dedam-Montour, Mme Kinoshameg et M. Dinsdale, ainsi que pour toutes les autres personnes qui voudront y répondre.

Nous avons examiné attentivement le système de santé cubain, afin d'étudier les polycliniques des collectivités sur le terrain, où l'on offre les services de soins de santé primaires, la formation, les services sociaux, et où l'on fait la promotion de la productivité, entre autres. Nous sommes revenus de là-bas convaincus, et nous avons rédigé un rapport dans lequel nous disons que ce modèle pourrait être très utile au Canada, et en particulier pour les Premières nations.

Madame Kinoshameg, ce qui m'a impressionné, dans les polycliniques, c'est qu'on y offre non seulement les services, mais également la possibilité d'accroître le capital humain au sens le plus large. Les gens là-bas n'ont pas peur de dépasser les frontières. Certaines infirmières canadiennes, par exemple, nous ont dit que l'un des problèmes, pour ce qui est de trouver des infirmières autochtones, c'est qu'il n'y a pas suffisamment de gens dans les collectivités autochtones qui ont les qualifications nécessaires pour s'inscrire à un programme de soins infirmiers. Les Cubains ne se préoccupent pas de ça. Ils forment les infirmières le mieux possible dans les polycliniques locales. De même, ils forment d'autres professionnels de la santé dont on a besoin dans les polycliniques locales. Ils répondent à leurs besoins en matière de ressources humaines à l'échelle locale, en offrant la formation sur place dans les polycliniques.

Comme vous êtes infirmière, qu'en pensez-vous? Ça s'applique également aux médecins. Il y a deux grandes écoles de médecine à la Havane, mais il y a aussi 16 petites écoles de formation dans les polycliniques. On forme des médecins le mieux possible, et il y a des centaines de médecins là-bas. C'est peut-être à Cuba que le nombre de patients par médecin est le plus bas dans le monde.

Je sais que les normes sont une préoccupation importante pour les associations d'infirmières et d'infirmiers, ce qui est compréhensible, et la profession médicale partage cette préoccupation. Que pensez-vous du modèle des polycliniques? Je vous invite à répondre en premier, madame Kinoshameg, mais j'aimerais aussi entendre ce que M. Dinsdale et Mme Dedam-Montour ont à dire là-dessus.

Monsieur Dinsdale, j'aimerais que vous abordiez cette question, parce que le centre d'amitié que j'ai visité pourrait devenir le noyau du développement communautaire des villes sous forme de polycliniques, d'établissements d'enseignement, de centres de services sociaux et de programmes d'éducation menant à la productivité et à l'emploi.

Mme Kinoshameg : Il faudrait que je prenne connaissance du modèle dont vous parlez. Je ne l'ai pas étudié, mais ce que je peux vous dire, c'est que nous travaillons avec les écoles de soins infirmiers et avec l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada dans le but de faire quelque chose dans les écoles de soins infirmiers de partout au Canada pour arriver à recruter davantage d'étudiants autochtones et à faire en sorte qu'ils terminent leurs études. Il faut s'assurer que les programmes sont adaptés sur le plan culturel. Bon nombre d'étudiants en soins infirmiers quittent

they can stay and complete their nursing programs and ensure they understand that each nursing school will be doing the cultural training for their own area. In that way, the nurse will be able to go back. If they do not know their cultural teachings, they will learn them. The non-Aboriginal nurses will also learn those things so that when they go to a community, they will be able to work with the Aboriginal people in the community in a better way than they are doing now. We have a book called *Twice as Good*, because we have had to work twice as hard to get to where we are now. For me to be here today, I had to do that also.

Senator Pépin: You speak about nursing schools and about keeping those young women in nursing. Are you speaking about the nursing schools in general or about nursing schools for Aboriginal women? You say that they need to know more about their background and culture. Where do they train? Do they train in a special nursing school for your community?

Ms. Kinoshameg: I am talking about regular nursing schools across Canada, where they go to be trained. There is nothing specific for Aboriginal nurses in the communities. We take the normal stream.

Senator Pépin: Depending on where they come from, do they not have their cultural background?

Ms. Kinoshameg: Sometimes they do not have. This can happen as a result of colonization where we could not believe in or do the things that we did many years ago.

Senator Pépin: We were told also yesterday that the young women who are in the communities as nurses are leaders in their communities. There is a lack of nurses but we were told that they were leaders in their communities and that they could work well between different clinics. The big problem is the lack of nurses.

Ms. Kinoshameg: There are not enough to go around.

Ms. Dedam-Montour: I will comment on your reference to the Cuban model. As Ms. Kinoshameg said, we are not familiar with the polyclinics but I see the CHRs fitting in for the development of human capital at a local level. When we look at the CHRs and the road to competency and the kind of training required, currently many of them do not have a high level of education. Many of them have gone on to university or taken other kinds of nursing training but the majority are from the community. They have not had the opportunity to reach higher education levels.

leurs programmes d'études à cause des choses qui se passent, de la façon dont ils sont traités ou de la façon dont on leur parle. Il faut que nous apportions des modifications au système pour qu'ils restent et terminent leurs programmes de soins infirmiers, et aussi qu'ils comprennent que toutes les écoles de soins infirmiers vont offrir la formation culturelle pour leur propre région. Ainsi, l'infirmière va pouvoir revenir. Si elle ne connaît pas les enseignements de sa culture, ils vont lui être présentés. Les infirmieres non autochtones vont aussi apprendre ces choses; comme   a, elles pourront mieux travailler auprès des membres autochtones de la collectivité qu'à l'heure actuelle. Nous avons un livre qui s'intitule *Twice as Good*, parce que nous devons travailler deux fois plus pour en arriver là où nous en sommes aujourd'hui. Pour que je sois ici aujourd'hui, il a fallu que je le fasse aussi.

Le sénateur Pépin : Vous parlez des écoles de soins infirmiers et de faire en sorte que ces jeunes femmes poursuivent leurs études dans le domaine. Est-ce que vous parlez des écoles de soins infirmiers en général ou de celles qui sont réservées aux femmes autochtones? Vous dites qu'elles doivent apprendre davantage de choses au sujet de leur bagage et de leur culture. Où suivent-elles leur formation? Dans une   cole de soins infirmiers spéciale réservée à votre communauté?

Mme Kinoshameg : Je parle des écoles de soins infirmiers régulières du Canada, où elles suivent leur formation. Il n'y a rien de propre aux infirmieres autochtones des collectivités. Nous suivons le processus normal.

Le sénateur Pépin : Selon l'endroit d'où elles viennent, n'ont-elles pas un bagage culturel?

Mme Kinoshameg : Dans certains cas, non. C'est le résultat de la colonisation, qui nous a empêchés de croire à ce en quoi nous croyions il y a bien des années ou de faire les choses que nous faisons.

Le sénateur Pépin : On nous a aussi dit hier que les jeunes femmes qui travaillent comme infirmieres dans les collectivités sont des leaders dans leur milieu. Il y a un manque d'infirmieres, mais on nous a dit qu'elles étaient des leaders dans leur collectivité et qu'elles pouvaient sans problème travailler dans différentes cliniques. Le problème principal est le manque d'infirmieres.

Mme Kinoshameg : Il n'y en a pas assez pour répondre à tous les besoins.

Mme Dedam-Montour : J'aimerais commenter votre observation concernant le modèle cubain. Comme Mme Kinoshameg l'a dit, nous ne connaissons pas bien les polycliniques, mais j'entrevois le rôle que les RSC pourraient jouer dans le renforcement du capital humain à l'échelle locale. Si nous envisageons la situation des RSC, la voie à suivre pour acquérir les compétences nécessaires et le type de formation requis, actuellement, nous voyons que bon nombre d'entre eux ne possèdent pas un niveau de scolarité élevé. Ils sont beaucoup à avoir fréquenté l'université ou à avoir suivi d'autres types de formation en sciences infirmieres, mais la plupart viennent de la collectivité. Ils n'ont pas eu l'occasion de faire des   tudes supérieures.

We do an assessment to prepare them for training. We look at the skills they have. Some of these CHR's have been working in their communities for 10 years and they have had no formal training. They do it on the job. They are from the community; they are serving their communities; they know the needs. People will speak to them and tell them their problem. They help them through it to obtain access to health care.

We need to grandfather their skills, to recognize what they have gained through on the job work. We also need flexibility in the delivery of training. I think that is what they are doing in the Cuban model. They look at the need instead of looking at the system as a whole. They are looking at the individual and saying how we can improve their skills. No matter what the benchmark is for that country or region, we need to at least try to work towards that.

We see increasing skills through various models as possibilities to train CHR's. For example, we can use the technology of telehealth, which is being introduced into more and more communities. That is a means by which training can be provided.

Another issue we found is that there is a lot of stress and emphasis on the CHR because of the lack of health care professionals in the community. They are sometimes the only person to provide health care. The community does not want them to leave to get training. There is a problem where you need a trained workforce, but those who could possibly climb that career ladder and become a professional — whether it is to become a nurse or a doctor — are almost not allowed to undertake that because of the need in the community and the lack of health care providers.

Mr. Dinsdale: The general spirit of finding ways to get particular people into programs and overcoming artificial barriers is critical. It is important to keep in mind that there is a two per cent cap on post-secondary education funding on reserve, which artificially prevents many Aboriginal people from entering the school system. This notion that education funding is somehow discretionary is not helpful. The long-term viability of this being downloaded is a murky area.

In a previous life, I worked in Toronto at Native Child and Family Services. I was hired to develop an alternative school for Aboriginal street kids. We had a partnership with Jarvis Collegiate. The program is still operating and it is called the Native Learning Centre.

What is important about that is we did not start the program. We engaged with the University of Toronto First Nations House, which has a transition year program. In this transition year program, youth that got their high school education through Jarvis Collegiate ended up going to the University of Toronto three years later. They went from living on the street to going to

Nous procédons à une évaluation afin de les préparer à suivre la formation. Nous examinons les compétences qu'ils possèdent. Certains de ces RSC travaillent depuis dix ans dans leur collectivité; ils n'ont suivi aucun cours de formation officielle. Ils apprennent sur le tas. Ils proviennent de la collectivité; ils servent leur collectivité; ils connaissent les besoins. Les gens leur parlent et leur disent quels sont leurs problèmes. Ils les aident à passer à travers et à obtenir un accès aux soins de santé.

Il faut reconnaître leurs compétences et ce qu'ils ont acquis en travaillant. Il faut aussi assurer la souplesse de la prestation des cours de formation. Selon moi, c'est ce qu'ils font dans le cadre du modèle cubain. Ils s'arrêtent aux besoins, plutôt que d'envisager le système dans son ensemble. Ils regardent la personne et se demandent de quelle façon renforcer ses compétences, peu importe le point repère dans ce pays ou cette région. Nous devrions au moins travailler en ce sens.

Selon nous, renforcer les compétences des RSC en utilisant divers modèles sont autant de possibilités de les former. Par exemple, nous pouvons utiliser la technologie de télésanté, dont bénéficient un nombre croissant de collectivités. C'est une manière de fournir de la formation.

Un autre problème que nous avons découvert est le fait que les RSC sont soumis à beaucoup de stress et de pression en raison du manque de professionnels de la santé dans la collectivité. Ils sont parfois les seuls à fournir des soins de santé. Les membres de la collectivité ne veulent pas qu'ils partent pour suivre des cours de formation. Il y a un problème quand la main-d'œuvre se doit d'être formée, mais ceux qui pourraient possiblement saisir cette occasion d'avancement et devenir des professionnels — que ce soit pour devenir infirmier ou médecin — n'ont pratiquement pas le droit de saisir l'occasion en raison des besoins dans la collectivité et du manque de fournisseurs de soins de santé.

M. Dinsdale : La visée générale consistant à trouver des moyens de faire participer des tranches précises de la population à des programmes et de surmonter des obstacles artificiels est critique. Il faut se rappeler qu'il y a un plafond de 2 p. 100 sur le financement des études postsecondaires dans les réserves. Ce plafond empêche artificiellement bon nombre d'Autochtones d'entrer dans le système scolaire. La notion selon laquelle le financement en éducation est en quelque sorte fonction de pouvoirs discrétionnaires n'est pas utile. La viabilité à long terme de l'application de cette structure est une zone grise.

Dans le passé, j'ai travaillé au Native Child and Family Services de Toronto. J'ai été embauché pour créer une école parallèle pour les enfants autochtones vivant dans la rue. Nous avons un partenariat avec le Jarvis Collegiate Institute. Le programme a toujours cours et s'appelle le Native Learning Centre.

Ce qu'il faut se rappeler c'est que nous n'avons pas lancé le programme. Nous avons travaillé avec la First Nations House de l'Université de Toronto, qui offre un programme de préparation aux études universitaires. Dans le cadre de ce programme, les jeunes qui ont pu terminer leurs études secondaires grâce au Jarvis Collegiate Institute, ont fréquenté, trois ans plus tard, l'Université

school at the University of Toronto — a school that would not even look at my application when I applied coming out of high school. That is fabulous.

There are ways and models in Canada that could be emulated. We have a policy focus on Aboriginal lawyers — we have entry programs and summer programs. I think we need to have a similar priority for Aboriginal nurses or doctors. The Northern Ontario School of Medicine is supposed to have the training of Aboriginal doctors as part of its mandate. I have no idea where it is at. I was at the foundational meetings. Probably other colleagues are better positioned to respond to where other schools are positioned.

The spirit of the Cuban model is overcoming artificial barriers and boundaries that exist in Canada. It is necessary to have the policy focus and drive, the same as we have with lawyers, to say we require health care professionals as well.

You also mentioned specifically about friendship centres in the long term. We are community development leaders. We have been in this business since the 1950s. We have lacked a viable federal partner for some time in terms of employment, training, health programming and other areas. It is either not attractive or not the policy focus of the day to focus on people in urban areas. We will continue to position ourselves as effective, accountability professional partners. We are making a difference. We could do so much more if we had an engaging federal partner.

Shelagh Jane Woods, Director General, Primary and Public Health, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada: It is almost like I am practicing for another committee next week, which is where we will go to talk about the Aboriginal Health Human Resources Initiative. I wish I had done my homework in advance, but I can refer to some of the things.

We have a five-year initiative that winds down at the end of next year — the Aboriginal Health Human Resources Initiative. Money was granted in 2004 and we started up in 2005. There was \$100 million over five years.

I do not have the things with me and I always forget the last of any list. There were three main objectives. First was to increase the number of Aboriginal health workers. We have toyed with the term “professionals.” There was a doctor focus at the beginning and then a nurse focus. We decided that it really needs to be the whole spectrum of Aboriginal health workers. Second was to do

de Toronto. Ils sont passés de vivre dans la rue à étudier à l'Université de Toronto — un établissement d'enseignement qui n'a même pas daigné regarder la demande que j'avais présentée à la fin de mes études secondaires. C'est fabuleux.

On pourrait s'inspirer de manières de faire et de modèles canadiens. Nous mettons un accent stratégique sur les avocats autochtones — nous offrons des programmes d'entrée et des programmes d'été. Selon moi, nous devrions mettre un accent semblable sur la formation des infirmiers et des médecins autochtones. Le mandat du Northern Ontario School of Medicine est supposé assurer la formation de médecins autochtones. Je n'ai aucune idée de ce qui en est. J'ai participé aux réunions de création. Certains de mes homologues sont probablement mieux placés que moi pour dire où en sont les autres établissements d'enseignement.

L'esprit du modèle cubain consiste à surmonter les obstacles et les frontières artificielles qui existent au Canada. Il faut que nous comptions sur l'accent et la volonté stratégiques, comme c'est le cas pour les avocats, pour souligner que nous avons aussi besoin de professionnels de la santé.

Vous avez aussi mentionné précisément l'avenir des centres d'amitié. Nous sommes des leaders en matière de développement communautaire. Nous oeuvrons dans le domaine depuis les années 1950. Depuis un certain temps, nous n'avons pas de partenaire viable au sein du gouvernement fédéral en matière d'emploi, de formation, de programmes en santé et dans d'autres domaines. Ce n'est soit pas attrayant soit pas le thème stratégique du jour de mettre l'accent sur les gens en zone urbaine. Nous continuerons d'être efficaces, responsables et professionnels. Nous changeons des choses. Nous pourrions en faire davantage si nous avions un partenaire actif au sein du gouvernement fédéral.

Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada : J'ai presque l'impression de m'exercer pour mon témoignage devant un autre comité la semaine prochaine, nous nous y rendrons pour parler de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone. J'aurais bien aimé m'être préparée d'avance, mais je peux faire des liens avec certaines des choses qui ont été dites.

Nous exécutons une initiative quinquennale qui se terminera à la fin de la prochaine année — l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone. Les fonds ont été octroyés en 2004, et nous avons lancé l'initiative en 2005. Nous avons 100 millions de dollars sur cinq ans.

Je n'ai pas les documents avec moi, et j'oublie toujours les derniers éléments d'une liste. Il y avait trois objectifs principaux. Le premier était d'augmenter le nombre de travailleurs de la santé autochtone. Nous avons envisagé d'utiliser le terme « professionnels ». Au départ, on a mis l'accent sur les médecins, ensuite, sur les infirmiers. Nous avons déterminé qu'il

something about the curriculum. We started with medical schools. Third was to improve retention in Aboriginal communities of qualified workers, in particular, the Aboriginal ones.

We have talked about some of the initiatives here in an indirect way. I think what Ms. Kinoshameg is working on with the Canadian Association of Schools of Nursing is one thing we have been supporting. There was an initiative with the Association of Faculties of Medicine of Canada and with the Indigenous Physicians Association of Canada to develop content for medical schools that would add cultural safety and cultural competence. That will be announced today, actually. I am trying not to scoop my minister. It is considered bad for your career.

There are a number of initiatives. Mr. Dinsdale referred to the Northern Ontario School of Medicine. At least half dozen medical schools have already begun to develop cultural support programs for Aboriginal students. We are painfully aware of how difficult it is for Aboriginal students to find themselves in an unfriendly, foreign or unknown milieu and to have no one to turn to. Some of the early initiatives we funded have been the inclusion of elder services at some of the universities and colleges, for example.

The biggest part of our activities has been an enhancement of bursaries and scholarships made available to Aboriginal students, largely through the National Aboriginal Achievement Foundation. They have been managing scholarships and bursaries for us for a long time and we have added significant funds. That has enabled people across a broad spectrum of health careers to apply and receive funding support.

I thought it was important to mention those things. I think we are beginning to see some successes.

Senator Eggleton: I want to explore three areas. I will start with Ms. Langlois and her associates from Health Canada. Your presentation on the work you are doing is very good. As you point out, many of the determinants of health are outside the domain of Health Canada. It involves working with other people in other departments, and you say you are doing a lot of that.

However, there are many disparities and inequities that still exist, both within the Aboriginal community and between the general population and the Aboriginal community. In dealing with this at the federal level, not only is there your department, but there are approximately 30 federal departments involved in the concept of population health. Many are outside of your jurisdiction, such as anti-poverty measures, housing strategies or

fallait mettre l'accent sur tout l'éventail des travailleurs de la santé autochtone. Le deuxième objectif était de faire quelque chose au sujet des programmes de cours. Nous avons commencé par les écoles de médecine. Le troisième objectif consistait à augmenter le nombre de travailleurs qualifiés qui restaient dans les collectivités autochtones et, en particulier, les travailleurs autochtones.

Nous avons parlé de certaines des initiatives de manière indirecte. Je crois que ce sur quoi travaille Mme Kinoshameg avec l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières est quelque chose que nous avons soutenu. Il y a une initiative en collaboration avec l'Association des facultés de médecine du Canada et l'Indigenous Physicians Association of Canada dont l'objectif était de créer du contenu pour les programmes des écoles de médecine afin d'y ajouter les thèmes de la sécurité et de la compétence dans une perspective culturelle. En fait, l'initiative sera annoncée aujourd'hui. J'essaie de ne pas couper l'herbe sous le pied de mon ministre en vous apprenant la nouvelle. Ce ne serait pas très bon pour ma carrière.

Il existe de nombreuses initiatives. M. Dinsdale a parlé de la Northern Ontario School of Medicine. Au moins six écoles de médecine ont déjà commencé à créer des programmes de soutien culturel à l'intention des étudiants autochtones. Nous ne savons trop bien comment il peut être difficile pour les étudiants autochtones de se que retrouver dans un environnement hostile, étranger et inconnu et de n'avoir personne vers qui se tourner. Certaines des premières initiatives que nous avons financées visaient la prestation de services d'aînés dans certaines universités et certains collèges, par exemple.

Nos principales activités ont été l'amélioration des programmes de bourses et de bourses d'études à l'intention des étudiants autochtones, et ce, principalement par l'intermédiaire de la National Aboriginal Achievement Foundation. Elle gère des bourses d'études et des bourses pour nous depuis longtemps, et nous lui avons octroyé un important nouveau financement. Cela a permis à des personnes venant d'un large éventail de professions du domaine de la santé de présenter des demandes et de recevoir une aide financière.

Selon moi, il est important de mentionner ces choses. Je crois que nous commençons à avoir du succès.

Le sénateur Eggleton : J'aimerais parler de trois choses. Je vais commencer par Mme Langlois et ses homologues de Santé Canada. Votre exposé sur vos travaux est très bon. Comme vous le soulignez, bon nombre des déterminants de la santé échappent à la compétence de Santé Canada. Cela signifie qu'il faut travailler avec des représentants d'autres ministères, et vous affirmez le faire déjà beaucoup.

Cependant, il y a encore beaucoup de différences et d'inégalités au sein de la communauté autochtone et entre la population générale et les Autochtones. À l'échelon fédéral, il y a non seulement votre ministère qui s'occupe de cela, mais environ 30 autres ministères fédéraux qui s'occupent de santé de la population. Bon nombre des initiatives connexes échappent à votre compétence, comme les mesures anti pauvreté, les stratégies

educational programs, et cetera. They are all still part of population health. How do we get these all coordinated to improve upon where we are now?

As a former President of the Treasury Board, I know that there are enormous challenges in trying to bring about horizontal links. This is a silo or stovepipe system where the allocation of money is in the purview of particular ministers. How you get this all to flow to get a whole-of-government approach is an enormous challenge.

What are your thoughts on how we can move this up, how we can go to a whole-of-government approach, how we can know whether we are succeeding or not? Do we need performance indicators? Do we need anti-poverty strategies and things like that as part of it? How do we move this up a notch to be able to improve upon where we are?

Ms. Langlois: I think it goes to the heart of what the committee is focused on. You are making this recommendation around a whole-of-government approach and how we will we get there.

From a health perspective, I would say our interest is to ensure there are the determinants of health. I can tell you that our medical officers of health are often concerned about what they will see in terms of their knowledge of the housing conditions.

They are anxious to engage with communities to begin to address housing. They are anxious to engage with INAC around housing. We see internally within the health system and our own staff the pressure to begin to look beyond our borders to deal with some of these causes of causes of causes, as Mr. Reading alluded to.

I can tell you that with our ADM — I can start there in terms of the senior management of the department — and certainly our deputy minister, there is engagement with INAC on a regular basis. There is discussion about how we work together, how we move forward on agendas. Ms. Quinn and I co-chair some different committees to begin to see how we can work better together to effect the kind of change you are looking for.

I would be remiss not to say it has to go beyond our level. It comes to fundamental accountabilities in the system for us as public servants in terms of our role of working horizontally. My experience and knowledge in working in the provincial system is you get people's attention on working horizontally when you put that in their performance objectives and their pay is tied to that.

You will see examples in the Alberta government. There have been examples in the Saskatchewan government. As your performance pay is tied to how well you achieved that horizontal initiative and worked with your colleagues, you begin to see attention being paid to that.

d'hébergement et les programmes d'études. Elles sont quand même liées au thème de la santé et de la population. De quelle façon pouvons-nous tout coordonner pour améliorer la situation actuelle?

En tant qu'ancien président du Conseil du Trésor, je sais qu'il est extrêmement difficile de créer des liens horizontaux. On est devant un système de cloisonnement au sein duquel l'affectation des fonds revient aux différents ministres. Il est extrêmement difficile de déterminer de quelle façon organiser tout cela pour obtenir une approche pangouvernementale.

Quelle est votre opinion sur la marche à suivre, sur la manière d'adopter une approche pangouvernementale? Comment savoir si nous réussissons ou non? Avons-nous besoin d'indicateurs de rendement? Devons-nous inclure des stratégies anti pauvreté et des choses du même genre? Que devons-nous faire pour monter le niveau d'un cran et améliorer la situation actuelle?

Mme Langlois : Je crois que c'est exactement là où le comité veut en venir. Nous formulons cette recommandation qu'il faut adopter une approche pangouvernementale et le moyen d'y parvenir.

Du point de vue de la santé, je dirais que notre objectif est de s'assurer qu'il y a des déterminants de la santé. Je peux vous dire que nos médecins hygiénistes sont souvent préoccupés par ce à quoi ils peuvent s'attendre vu leur connaissance des conditions d'hébergement.

Ils ont hâte de travailler avec les collectivités afin de commencer à régler le problème de l'hébergement. Ils ont hâte de travailler avec AINC à ce sujet. Au sein du système de santé et dans l'attitude de notre effectif, nous sentons cette volonté de commencer à dépasser nos frontières pour s'attaquer à certaines des causes de causes de causes auxquelles M. Reading a fait allusion.

Je peux vous dire que notre SMA — pour commencer à cet échelon de la haute direction du ministère — et certainement notre sous-ministre, communiquent régulièrement avec AINC. On discute des travaux conjoints et de la manière d'aller de l'avant avec ce qui a été prévu. Mme Quinn et moi coprésidons différents comités afin de commencer à déterminer de quelle façon nous pouvons mieux travailler ensemble pour susciter le genre de changements que nous voulons obtenir.

Je m'en voudrais de ne pas dire que cela doit aller au-delà de notre niveau. Nous, les fonctionnaires, avons la responsabilité fondamentale d'assumer notre rôle dans le cadre des activités horizontales. Selon mon expérience et mes connaissances acquises lorsque je travaillais à l'échelon provincial, si vous voulez attirer l'attention des personnes sur le travail horizontal, alors il faut inclure cela dans leurs objectifs de rendement et faire en sorte que leur salaire est fonction de leur travail.

Il y a des exemples au sein du gouvernement de l'Alberta et de celui de la Saskatchewan. Lorsque la rémunération au rendement est liée à la mesure dans laquelle vous réalisez une initiative horizontale et travaillez avec vos collègues, vous commencez à porter attention à cet aspect de votre travail.

That is a personal perception about how you get people to change their behaviour. I would acknowledge, as well, the tremendous challenges there are in working horizontally, certainly in a federal system because it is so large.

Senator Eggleton: We need leadership from the top and then you need to put it into performance pay, requirements, contracts or whatever with employees. Those are good ideas.

Dr. Reading: I just came out of a meeting with Australia, New Zealand, Canada and the United States. It has been a year since the Prime Minister in Australia issued a statement on closing the gap.

In Australia, there is a national effort to close the gap between the health status for indigenous Australians versus the mainstream. On the first day of Parliament every working year, the Prime Minister reports to Parliament on the progress the entire government is making on closing the gap.

There is a 17-year gap there between indigenous and non-indigenous people. They are looking at closing the gap on life expectancy, on infant mortality and mortality in children up to five years old, the gap in literacy and the numeracy gap.

It is a big turnaround for Australia, but to be clear, it must come from the highest level. It has to be a priority of the Prime Minister.

Senator Eggleton: What do they have in terms of a structure to ensure this flows properly? Is there a cabinet committee or does the Prime Minister personally oversee this entire project?

Dr. Reading: I can tell you from my discussions with the people in the trenches there producing the data that there is a tremendous amount of work going on to address this issue. They have their marching orders and the parliamentary committees are reporting directly to the Prime Minister across all of government on this issue. As the Prime Minister says, it is a core priority of the government.

Senator Eggleton: That was actually my second question. I was going to ask Dr. Reading about Australia.

My third question is for Ms. Quinn, who mentioned the investment in the First Nations Market Housing Fund of \$300 million over the next 10 years, which is expected to provide some 25,000 housing units on reserve. As Mr. Dinsdale pointed out, 54 per cent of the Aboriginal population do not live on reserves; they live in the general population in towns, cities and rural areas across the country.

They may well qualify for other housing programs that are available to the general population. However, given the disparities that we have talked about today and that we know about, what is being done that is specific for off-reserve Aboriginals in terms of housing?

Il s'agit de mon point de vue personnel sur une manière de pousser les gens à modifier leur comportement. Je dois aussi reconnaître les immenses défis liés au fait de travailler de façon horizontale au sein du système fédéral puisqu'il est si imposant.

Le sénateur Eggleton : Il faut que les échelons supérieurs fassent preuve de leadership, puis il faut intégrer cela dans la rémunération au rendement, les exigences, les contrats et toute autre entente avec les employés. Ce sont de bonnes idées.

Dr Reading : Je viens tout juste d'assister à une réunion de représentants de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, du Canada et des États-Unis. Le premier ministre australien a fait une déclaration il y a un an sur le besoin de combler l'écart.

En Australie, on s'efforce à l'échelle nationale de combler l'écart entre l'état de santé des peuples aborigènes et celui de la population dans son ensemble. Durant la première journée où siège le Parlement chaque année, le premier ministre présente un rapport au Parlement sur les progrès de l'ensemble du gouvernement pour combler l'écart.

Il y a un écart de 17 ans entre les aborigènes et les non-aborigènes. Ils veulent combler l'écart de l'espérance de vie, de la mortalité infantile et de la mortalité chez les enfants âgés de zéro à cinq ans ainsi que les écarts liés à l'alphabétisation et aux capacités de calcul.

L'Australie aura beaucoup à faire pour y arriver. Cependant, pour que tout soit clair, il faut que ça vienne de l'échelon le plus élevé. Il faut que ce soit la priorité du premier ministre.

Le sénateur Eggleton : Qu'ont-ils mis en place comme structure pour garantir que tout fonctionne adéquatement? Y a-t-il un comité du Cabinet ou est-ce que le premier ministre supervise personnellement l'ensemble du projet?

Dr Reading : À la lumière de mes discussions avec les gens qui travaillent sur le terrain en Australie pour produire les données, je peux vous dire qu'il y a énormément de travail qui est fait à ce sujet. Ils ont leur programme, et les comités parlementaires à l'échelle du gouvernement relèvent directement du premier ministre en la matière. Comme l'a dit le premier ministre, c'est la principale priorité du gouvernement.

Le sénateur Eggleton : En fait, c'était ma deuxième question. J'allais poser au Dr Reading des questions au sujet de l'Australie.

Ma troisième question est pour Mme Quinn, qui a mentionné un investissement de 300 millions de dollars au cours des 10 prochaines années octroyé au Fonds pour les logements du marché destinés aux Premières nations qui doit fournir quelque 25 000 unités d'habitation dans les réserves. Comme M. Dinsdale l'a souligné, 54 p. 100 des Autochtones ne vivent pas dans les réserves. Ils vivent au sein de la population générale dans des villages, des villes et des régions rurales partout au pays.

Ils seront peut-être admissibles à d'autres programmes de logement qui ne sont pas accessibles à la population générale. Cependant, à la lumière des différences dont nous avons parlé aujourd'hui et dont nous sommes au courant, quelles sont les mesures précises à l'intention des Autochtones hors-réserve en matière d'hébergement?

Ms. Quinn: As you indicated, there are programs of general application for off reserve, but given the depth and scope of the issues off reserve, more needs to be done there. In terms of our department, we do provide for housing on reserve. Canada Mortgage and Housing has programs concerning renovation or other kinds of assistance that can help. The federal government more recently has been allocating funding to social housing in the North, and I think that has been of assistance.

Senator Eggleton: Unless anyone else wants to jump in on those questions, I am finished.

Ms. Dedam-Montour: You said 30 federal departments are involved in population health. I do not know if all those departments deal with Aboriginal issues. That is a question for me, because whenever I mention Aboriginal issues, INAC and FNIHB, First Nations and Inuit Health Branch, are really it. HRSDC has an Aboriginal component, in the other departments, I really do not know who is actually dealing with the Aboriginal population. As was stated, there are the on reserve programs and the mainstream. How half the population in the mainstream is dealing with these issues is not something I am really aware of.

It made me think of the Jordan's principle legislation that was passed — the child first principle. That whole Jordan's principle came about because of jurisdictional wrangling — who will pay for this? In the meantime, a child suffers.

It is not just for children. This same issue happens to all age groups. Perhaps we need to look at individual first and look at how some of these other departments can work with the Aboriginal population. I do not know if it requires policy changes within the government, or if it is on our end, where we learn more about those programs and what they can offer the communities and the people.

Senator Champagne: Let me bring you into the world of utopia for a minute. What if the government was to put together a central office? As you just said, we have programs in INAC, Health Canada, Heritage Canada, et cetera. What is there was to be one office, including people from all those different departments, where nothing would be done until it goes there and those people together can do it. Maybe it is possible; maybe it is utopia, as I said. It is at least hypothetical.

I wonder who would represent the Aboriginal population. You are here today with many fantastic ideas and you are expressing your needs and so on.

If we were to have a centre point in government, who would be best to represent Aboriginal needs? As you said, there are status and non-status Natives; there are various groups such as Inuit and Metis; some live on reserves or in isolated communities; and others live in the middle of cities.

Mme Quinn : Comme vous venez de le dire, il y a des programmes d'application générale à l'extérieur des réserves. Cependant, en raison de l'ampleur et de la portée des enjeux à l'extérieur des réserves, il faut en faire plus. En ce qui a trait à notre ministère, nous fournissons des logements dans les réserves. La Société canadienne d'hypothèques et de logement offre des programmes pour la rénovation et d'autres types d'aide utile. Plus récemment, le gouvernement fédéral a octroyé des fonds pour des logements sociaux dans le Nord, et, selon moi, cela s'est avéré utile.

Le sénateur Eggleton : À moins que quelqu'un d'autre ait quelque chose à ajouter sur ces sujets, j'ai, pour ma part, terminé.

Mme Dedam-Montour : Vous dites que 30 ministères fédéraux sont responsables de la santé de la population. Je ne sais pas si tous ces ministères s'occupent aussi d'enjeux autochtones. Voilà la question que veux poser, parce que dès que je mentionne des enjeux autochtones, les intervenants se limitent à AINC et la DGSPNI, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. RHDC possède une composante autochtone, mais, pour ce qui est des autres ministères, je ne sais vraiment pas qui s'occupe réellement des Autochtones. Comme quelqu'un l'a dit, il y a des programmes dans les réserves et des programmes pour tous. Je ne sais pas vraiment comment la moitié de la population qui se retrouve dans la population générale gère ces enjeux.

Cela m'a fait penser au texte législatif sur le « principe de Jordan » qui a été déposé — le principe selon lequel l'enfant doit passer en premier. Toute cette situation est survenue en raison de différends entre administrations — qui va payer? Pendant ce temps-là, il y a des enfants qui souffrent.

Et ce n'est pas seulement pour les enfants. C'est la même chose pour tous les groupes d'âge. Peut-être faut-il faire passer la personne en premier et envisager de quelle façon certains autres ministères peuvent travailler avec la population autochtone. Je ne sais pas si cela exige des changements stratégiques au sein du gouvernement ou si c'est à nous d'en apprendre davantage au sujet de ces programmes et de ce qu'ils offrent aux collectivités et aux gens.

Le sénateur Champagne : Permettez-moi de vous présenter une situation utopique pendant une minute. Et si le gouvernement créait un bureau central? Comme vous venez de le dire, AINC, Santé Canada, Patrimoine canadien, et cetera, exécutent tous des programmes. Qu'arriverait-il s'il y avait un bureau, qui rassemblerait tous les intervenants des différents ministères, où rien ne serait fait tant que le dossier n'est pas entre les mains de ces intervenants et qu'ils puissent le faire ensemble. C'est peut-être possible; c'est peut-être juste utopique comme je l'ai dit. À tout le moins, c'est une hypothèse.

Je me demande qui représenterait la population autochtone. Vous êtes ici aujourd'hui et vous nous présentez bon nombre d'idées fantastiques, vous faites connaître vos besoins et ainsi de suite.

Si nous avions un bureau central au gouvernement, qui serait le mieux placé pour faire valoir les besoins des Autochtones? Comme vous l'avez dit, il y a des Indiens inscrits et des Indiens non inscrits; il y a divers groupes comme les Inuits et les Métis; certains vivent dans des réserves ou des collectivités isolées tandis que d'autres vivent dans les villes.

Who would be the most apt person or group to deal with that dreamlike group in government that would be trying to share the wealth from all the different departments and what is the most needed thing for tomorrow morning?

Ms. Dedam-Montour: I do not think it is a utopia. I think it is a nightmare.

One central body becomes a giant monster. I am sure that many of the regions in Canada would have different views. I know from a First Nation perspective that each First Nation region would talk about their own self-governance issues and they would have difficulty looking at a national “megabody.”

I would pose the question to you: Who do you see at that table or as that body? Are they political people or administrative people? That would define who would be on the other side of the table.

Senator Champagne: I really did not mean abolishing the different departments that are working to help our Aboriginal people. I was thinking that, if we do something — let us say in health — it might be good to talk to someone who is maybe from Heritage Canada and see what we could do with the Friendship Centres. Is that where health could be? I did not mean to get everything out.

I was trying to find someone who or something that would coordinate whatever is being done to be more helpful. Certainly, I am not looking at abolishing anything and trying to make only one ministry to look after all that is Aboriginal in Canada. I realize that would be a real nightmare. You are right.

Mr. Dinsdale: I would like to jump back because I was trying to pick up on Senator Eggleton’s question. It is very instructive. When there is an excellent policy approach to housing, but a large segment of the population does get dropped off. I do not think it is sufficient to say there are programs of general application. If that was sufficient, we would be having equity of outcomes right now but clearly we do not.

I think this is typically the response we receive when we talk about the need for off-reserve-specific programs. The other challenge is that \$300 million was allocated to off-reserve housing a number of budgets ago. The federal government transferred that immediately to the provinces in the form of housing trusts and the provinces were the ones to define the programs. While defining the programs, some of that \$300 million was hived off into administrative and other costs and some jurisdictions still have not spent any of it.

It boils down to a lack of leadership. I think INAC becomes caught up in legal responsibility versus a need to serving communities. The Canada Mortgage and Housing Corporation

Quelle personne ou quel groupe serait le plus en mesure de traiter avec le groupe utopique au sein du gouvernement qui tenterait de réunir les ressources de l’ensemble des différents ministères et de déterminer la chose la plus importante à faire demain matin?

Mme Dedam-Montour : Je ne crois pas que ce soit utopique. Je crois que c’est un cauchemar.

Un organisme central deviendrait un monstre gigantesque. Je suis convaincue que bon nombre des régions du Canada auraient des points de vue différents. Je sais que, du point de vue des Premières nations, chaque région parlerait de ses propres enjeux de gouvernance et aurait de la difficulté à envisager le « macro organisme » national.

Je vous pose la question suivante : qui, selon vous, devrait former cet organisme ou en faire partie? S’agit-il de politiciens ou d’administrateurs? C’est cette information qui permettrait de déterminer qui sera de l’autre côté de la table des négociations.

Le sénateur Champagne : Je ne voulais vraiment pas dire qu’il faudrait abolir les différents ministères qui travaillent pour aider les Autochtones du Canada. Je me disais simplement que, si nous étions pour faire quelque chose — disons, en santé — ce pourrait être une bonne idée de parler à quelqu’un, disons, de Patrimoine canadien afin de voir ce que l’on pourrait faire avec les centres d’amitié. Pourrait-on procéder ainsi dans le domaine de la santé? Je ne voulais pas dire qu’il faudrait tout éliminer.

Je me demandais si on ne pouvait pas trouver quelqu’un ou une structure pour coordonner tous les efforts actuels afin que ça soit plus utile. Je ne voulais certainement pas dire qu’il faut abolir quoi que ce soit afin de créer un seul ministère qui s’occuperait de toutes les questions autochtones au Canada. Je me rends bien compte que cela serait un vrai cauchemar. Vous avez raison.

M. Dinsdale : J’aimerais revenir en arrière parce que je voulais répondre à la question du sénateur Eggleton. Je trouvais cela très instructif. Lorsqu’il y a une excellente approche stratégique en matière de logement, mais qu’un important segment de la population est laissé pour compte... Je ne crois pas qu’il est suffisant de dire qu’il y a des programmes pour tous. Si c’était suffisant, il y aurait égalité des résultats actuellement, ce qui n’est clairement pas le cas.

Je crois que c’est habituellement le type de réponse qu’on nous sert lorsque nous parlons du besoin d’établir des programmes visant les Autochtones à l’extérieur des réserves. L’autre défi est que, il y a quelques années, dans le cadre de son budget, le gouvernement a affecté 300 millions de dollars aux logements à l’extérieur des réserves. Le gouvernement fédéral a transféré immédiatement ces fonds aux provinces sous forme de fiducie de logement. Il revenait aux provinces d’établir les programmes. En cours d’élaboration, une partie des 300 millions de dollars ont servi à couvrir des coûts administratifs et d’autres coûts, et certaines administrations n’ont pas encore dépensé les fonds.

Ça se résume à un manque de leadership. Je crois qu’AINC se concentre trop sur sa responsabilité légale plutôt que sur le besoin de servir les collectivités. La Société canadienne d’hypothèques et

(CMHC) does not provide social housing to Aboriginal people off-reserve. The closest we get is HRSDC in shelters, where they have transition homes. Your finger is on that exact issue.

I would like to address the question raised here. Sometimes it is frustrating when Aboriginal people are asked who represents them because you also talk about the other side: on-reserve, off-reserve, Inuit, Metis, status and non-status. I often ask Canadians who represents them. Is it your councillor, mayor, school board trustee, your provincial MPP, the provincial or federal government or a coalition of NGOs? There is a variety of organizations that represent Canadians and we do not seem to have problems understanding when we should talk to whom when that occurs.

I think we need political discipline as a structure to identify who serves whom. The Assembly of First Nations represents on-reserve Indian chiefs. There is no question about that. They represent their citizen-status Indians and do it better in some ways than others but it is tough.

The Metis National Council (MNC) clearly serves Metis people. They have a definition of Metis people, though it does not necessarily address the people in the east. However, they address Metis people.

Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) represents Inuit people no matter where they live. It is a small organization and it is a big country. It is tough for them.

The Congress of Aboriginal Peoples say they represent off-reserve Aboriginal peoples and I ask no questions as to their ability to do so but that is what they claim. The Native Women's Association of Canada say they represent Native women.

I do not think it is confusing but I think the challenge arises when we only talk to political players for service delivery questions.

I think it is a lack of clarity as to the answer we want and we sometimes bring in the wrong people.

Senator Champagne: While listening to everyone, my feeling was that, sometimes, the right hand does not know what the left hand is doing. It is not as helpful as it could be. While we are full of good intentions, we make the wrong move. I was trying to suggest that.

Mr. Dinsdale: There was a Ministerial Committee on Aboriginal Affairs until it was dissolved. It was housed in the Privy Council Office. I do not know if that was more effective than what we have today. You could ask your colleagues to look at that and find out whether that was the effective tool or not.

Senator Eaton: I wonder if I might pick up what you and Senator Eggleton were discussing.

de logement (SCHL) ne fournit pas de logements sociaux aux Autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves. Ce à quoi nous avons accès en termes de refuges c'est RHDCC qui nous l'offre sous forme de foyers de transition. Vous avez mis le doigt exactement sur le problème.

J'aimerais répondre à la question soulevée ici. Parfois, c'est frustrant quand on demande aux Autochtones qui les représente parce que vous parlez aussi de l'autre groupe : dans les réserves et à l'extérieur des réserves; les Inuits et les Métis; les Indiens inscrits et non inscrits. Je demande souvent aux Canadiens qui les représente. Est-ce votre conseiller, votre maire, votre commissaire d'école, votre député provincial, le gouvernement provincial ou fédéral ou une coalition d'ONG? Diverses organisations représentent les Canadiens, et nous ne semblons pas avoir de problèmes à comprendre à qui il faut parler et quand il faut le faire.

Je crois que nous avons besoin de discipline politique pour établir la structure permettant de déterminer qui s'occupe de qui. L'Assemblée des Premières nations représente les chefs indiens des réserves. Cela ne fait aucun doute. Ils représentent les Indiens inscrits qui sont leurs citoyens et, de certaines manières, le font mieux que d'autres, mais c'est difficile.

Le Ralliement national des Métis (RNM) sert clairement les intérêts des Métis. Il utilise une définition de « Métis », même si cela ne tient pas nécessairement compte des gens de l'Est. Cependant, il s'occupe des Métis.

Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) représente les Inuits, peu importe où ils vivent. C'est une petite organisation, et nous vivons dans un grand pays. C'est difficile pour l'organisme.

Le Congrès des peuples autochtones dit représenter les Autochtones qui restent à l'extérieur des réserves, et je ne mets pas en question sa capacité de le faire, mais c'est ce qu'il affirme. La Native Women's Association of Canada dit représenter les femmes autochtones.

Je ne crois pas que cela porte à confusion, mais je crois que parler seulement à des intervenants de l'arène politique de questions liées à la prestation de services peut s'avérer un défi.

Selon moi, il s'agit d'un manque de clarté quant à la réponse que nous voulons obtenir, et, parfois, nous interrogeons les mauvaises personnes.

Le sénateur Champagne : Pendant que j'écoutais tous les intervenants, je me disais que, parfois, la main droite ne sait pas ce qu'est en train de faire la main gauche. Ce n'est pas aussi efficace que cela pourrait l'être. Même si nous avons tous de bonnes intentions, nous ne faisons pas la bonne chose. C'est ce que j'essayais de dire.

M. Dinsdale : Il y avait un Comité ministériel sur les affaires autochtones qui est maintenant dissous. Ce comité relevait du Bureau du Conseil privé. Je ne sais pas si cette structure était plus efficace que celle que nous avons aujourd'hui. Vous pourriez demander à vos collègues de se pencher sur la question afin de déterminer s'il s'agissait d'un outil efficace ou non.

Le sénateur Eaton : Je me demande si je peux revenir sur ce dont vous et le sénateur Eggleton discutiez.

I need education here. We will say “wellness determinants” to be positive. Are they not the same for the First Nations, Metis, Aboriginal communities in an urban centre as for the population at large?

Mr. Dinsdale: Are the social determinants of health —

Senator Eaton: In other words, are their issues not also housing, education, health, et cetera?

Mr. Dinsdale: Culture and language would be a big difference for Aboriginal people. There are notions of self-determination, which are expressions of colonial interactions that we have had in terms of the ability to have specific programs or governance. There are others we would add which may be different.

In addition, the responses of our typical social or wellness determinants would be different to an urban Aboriginal person than to a general Canadian. We know, through employment and training — and health experts can speak to health in a variety of domains — that general programs do not reach Aboriginals very well. I do not want to go too far down this road because that is not your question.

We are saying that, if they were, we would have employment parity because there is EI, training programs, et cetera, for everyone.

Aboriginal people require culture-based approaches.

Senator Eaton: You were talking about a transition program that worked very well, with the University of Toronto and your Native centre. For instance, St. Michael's Hospital is a large teaching hospital in downtown Toronto. Could we not have a wellness clinic or a walk-in clinic with a transition team there that would work with an Aboriginal doctor and nurse but you would also have access? I am using that as an example, Senator Keon. It could work in any large urban centre. Then they would have access to all the specialized care. Could you use that?

Mr. Dinsdale: We would not articulate in the Friendship Centre movement a parallel system for Aboriginal people in cities. If that was coming across, it was not our intention. Whether it is an education or health program, you want to find entry points and sometimes they are different. In education, we explain that our kids are just as smart. Sometimes we need a blanket of services wrapped around them to protect them from all those other things we have been discussing in order to help them achieve their education.

That is how we describe the Native Learning Centre; it was that blanket of support around that student. Sometimes it was increased funding to do those other programs. It was incredibly

J'ai besoin de renseignements ici. Nous dirons que les « déterminants du bien-être » sont quelque chose de positif. Ne sont-ils pas les mêmes pour les Premières nations, les Métis et les collectivités autochtones qui vivent dans des centres urbains que pour la population générale?

M. Dinsdale : Il s'agit des déterminants sociaux de la santé...

Le sénateur Eaton : En d'autres mots, les enjeux ne sont-ils pas le logement, l'éducation, la santé, et tout le reste?

M. Dinsdale : Pour les Autochtones, la culture et la langue sont aussi des enjeux importants. Il y a des notions liées à l'autodétermination, qui reflètent les interactions que nous avons eues avec les colonisateurs et qui concernent la capacité d'organiser des programmes qui nous sont propres ou d'assumer une gouvernance. Il y en a d'autres que nous pourrions ajouter et qui peuvent être différents.

De plus, les réactions à nos déterminants sociaux de la santé ou du bien-être typiques seraient différentes selon qu'il s'agit d'une personne autochtone vivant en zone urbaine ou d'un Canadien non autochtone. Nous savons, grâce à l'emploi et à la formation — et des experts du domaine de la santé pourraient dire la même chose de divers domaines de la santé —, que les Autochtones ne participent pas beaucoup aux programmes à l'intention du grand public. Je ne veux pas trop approfondir cette question parce que ce n'est pas ce que vous m'avez demandé.

Nous disons que, si c'était le cas, il y aurait parité en emploi, parce qu'il y a l'assurance-emploi, des programmes de formation, et tout le reste, pour tous.

Les Autochtones ont besoin d'approches axées sur la culture.

Le sénateur Eaton : Vous parlez d'un programme de transition de l'Université de Toronto et de votre centre autochtone qui ont très bien fonctionné. Par exemple, l'Hôpital St. Michael est un important hôpital universitaire au centre-ville de Toronto. Ne pourrions-nous pas créer une clinique du mieux-être ou une clinique sans rendez-vous dotée d'une équipe de transition qui travaillerait avec un médecin et du personnel infirmier autochtone, mais à laquelle vous auriez tout de même accès? Ce n'est qu'un exemple, sénateur Keon. Ça pourrait fonctionner dans n'importe quel grand centre urbain. Ils auraient donc accès à tous les soins spécialisés. Pourriez-vous utiliser cela?

M. Dinsdale : Le mouvement des centres d'amitié ne prône pas la création d'un système parallèle pour les Autochtones qui vivent dans les villes. Si c'est ce que vous avez compris, alors ce n'était pas notre intention. Qu'il s'agisse d'un programme de formation ou en santé, il faut trouver des points d'entrée et, parfois, ils sont différents. Dans le domaine de l'éducation, nous disons que nos enfants sont aussi intelligents que les autres. Parfois, nous avons besoin de bien les entourer et de leur offrir des services afin de les protéger de toutes ces autres choses dont nous avons parlé afin de les aider à terminer leurs études.

C'est de cette manière que nous décrivons le Native Learning Centre; c'est cet encadrement et ce soutien offerts à l'étudiant. Parfois, il s'agissait d'un financement accru pour exécuter les autres

helpful when they mentioned their health transition program; that they had those interventions.

My purpose in bringing up the Transition Year Program was more of a government-wide approach to getting more Aboriginal health care professionals in terms of stepping over some of those artificial barriers that exist. I did not mean it as necessarily a front-line service delivery option. I think it would have merit.

Senator Eaton: We have facilities in health and housing. Could we not use them in Friendship Centres to provide transitions into those, using what we already have?

Mr. Dinsdale: In some cases, that would work. It would depend on the area and location. Regardless, we are not saying two systems. There are entry points and a variety of ways of getting there.

Senator Fairbairn: This has been a wonderful session today.

You have set before us a flag to try to bring action faster and deeper. It is clear that you have been doing tremendous work. I come from Lethbridge, Alberta. We are on Treaty 7 land and the Kainai Nation is just down the road.

Since the university started in the 1960s with a mindset to be very much engaged with Red Crow Community College on the reserve to try to keep it alive when it was falling down. There was the effort to bring as many young and older people into this new university. The result of that in so many ways, health included, has been a tremendous uplift on that reserve because of the connections made through this bridge to and from the community. People from the reserve are teaching now in the university and the college in town.

On the reserve, certainly there are difficulties in health. Things happen in southwestern Alberta where everyone gets into difficulties. It is fair to say that the connecting link that has opened over these years has changed the opportunities of working together. There is a group of people working on the reserve who have come from the university or college who are making a huge difference?

There are still many difficulties, as there are everywhere else. Have any of you been involved with that? The degree to which there have been successes because of the connections over a period of time has been interesting. As well, deep friendships have been forged and collaborations developed between the two levels. For the children in the last several years, the effort to reach them before they are too old has met with success. Have you heard of those connecting links from that part of Canada, where we have a great and wonderful group of Aboriginal people?

Ms. Dedam-Montour: I do not know about this institution and the relationship that has been built but I can relay my personal experience. I graduated in 1976 from high school. I went to an

programmes. Ça nous a vraiment aidés lorsqu'ils ont mentionné leur programme de préparation aux études universitaires; qu'ils offriraient ces interventions.

La raison pour laquelle je mentionne le programme de préparation aux études universitaires est qu'il s'agissait d'une approche davantage pangouvernementale pour augmenter le nombre de professionnels de la santé autochtones en éliminant certains des obstacles artificiels qui leur barrent la route. Je ne disais pas nécessairement qu'il fallait en faire une option de prestation de services de première ligne. Je crois que ce serait bien fondé.

Le sénateur Eaton : Nous avons des installations de santé de logement. Ne pourrions-nous pas les utiliser dans les centres d'amitié pour favoriser la transition, en utilisant ce que nous avons déjà?

M. Dinsdale : Dans certains cas, cela pourrait fonctionner. Cela dépendrait de la région et de l'emplacement. De toute façon, nous ne disons pas qu'il faut deux systèmes. Il y a des points d'entrée et diverses manières d'y accéder.

Le sénateur Fairbairn : La séance d'aujourd'hui a été très bénéfique.

Vous avez attiré notre attention afin d'accélérer et d'approfondir le processus. Il est évident que vous avez fait beaucoup de travail. Je viens de Lethbridge, en Alberta. La ville est située sur des terres visées par le Traité n° 7 et la nation Kainah est tout près.

Depuis la création de l'université dans les années 1960, on a beaucoup collaboré avec le Red Crow Community College sur la réserve afin qu'il ne ferme pas ses portes quand il semblait voué à l'échec. On s'est efforcé de faire venir le plus de jeunes et de personnes âgées possible dans cette nouvelle université. À de nombreux plans, y compris la santé, le résultat a été une nette amélioration dans la réserve en raison des liens créés grâce à ce pont entre la collectivité et l'extérieur. Des gens de la réserve enseignent maintenant à l'université et au collège de la ville.

Dans la réserve, il est évident qu'il y a des difficultés liées à la santé. Il se passe des choses dans le Sud-Ouest de l'Alberta, et c'est difficile pour tout le monde. Il convient de dire que les liens créés au fil des ans ont modifié les occasions de travailler ensemble. Il y a un groupe de personnes qui travaillent dans la réserve et qui viennent de l'université ou du collège, et cela fait une grande différence.

Il y a encore beaucoup de difficultés, comme c'est le cas partout ailleurs. Est-ce que certains d'entre vous ont participé à cela? Il est intéressant de noter à quel point, au fil du temps, il y a eu des réussites en raison des liens créés. En outre, de solides amitiés se sont créées et il y a eu beaucoup de collaborations entre les deux niveaux. En ce qui a trait aux enfants, les efforts des dernières années pour les rejoindre avant qu'il ne soit trop tard ont été couronnés de succès. Avez-vous entendu parler de ces liens dans cette partie du Canada, où il y a un important et merveilleux groupe d'Autochtones?

Mme Dedam-Montour : Je ne suis pas au courant de cet établissement et de la relation qui a été créée, mais je peux m'appuyer sur mon expérience personnelle. J'ai terminé mes

institution called Manitou College, affiliated with Dawson College in Montreal. It was a First Nation education institution. While I am Mi'kmaq and I lived on reserve, I did not know what it was to be a Mi'kmaq until I went to Manitou College, where there were Montagnais people, Huron, Cree, Mohawk and others. It was there that I came to understand better where I came from. Together, we learned in an educational institution. It was a very formative time in my life that shaped me into who I am today, sitting at this Senate table. I am privileged to be here.

I am only one example of the many students who went through such an educational institution. Another person I know is Ms. Ghislain Picard, Regional Chief of the Assembly of First Nations Quebec-Labrador. Even though I was there for only one semester, it had a great impact on me.

Those who have graduated from that institution work in various levels of government or work for political organizations or might be politicians. They work at the community, local, regional, national and even international levels.

Supporting First Nation education within a First Nation environment is an excellent experience. Unfortunately, I did not have the opportunity to graduate from the college because the government closed it. I remember not understanding why, because we were getting a great education. The government talked about budget restraints or said there was too much promiscuity or alcohol abuse. That happens in all educational institutions when university and college students become liberated from their home environments and enjoy life to a different extent that later on is not the same.

Whatever the government policy or justification was at that time, the end result is they closed that institution. Many great leaders came from that college. I am sure that it is the same in your region — many people who have gone through the institution have become leaders in their communities.

Senator Fairbairn: Some have become doctors.

Ms. Dedam-Montour: There are many benefits. Manitou College was in a very native environment and so it was enriching emotionally and culturally. However, because the government closed it, I had to go to Dawson College in Montreal, which was not the same. I was afraid to leave the train station and take a walk because I was afraid of getting lost. That was my experience. Students coming from smaller, more isolated communities, where there are no roads, no sidewalks and no running water are completely uprooted to get an education. They are in a foreign environment where the language and cultures are different.

études secondaires en 1976. J'ai fréquenté un établissement qui s'appelle Collège Manitou et qui était affilié avec le Collège Dawson à Montréal. Il s'agissait d'un établissement d'enseignement des Premières nations. Même si j'étais de descendance mi'kmaq et que je vivais dans une réserve, je n'ai pas su ce que signifiait être mi'kmaq avant de fréquenter le Collège Manitou, où il y avait des Montagnais, des Hurons, des Cris, des Mohawks et d'autres groupes. C'est à cet endroit que j'ai pu mieux comprendre d'où je venais. Ensemble, nous avons appris dans un établissement d'enseignement. C'est une période durant laquelle j'ai beaucoup appris et où je suis devenue qui je suis aujourd'hui, devant le Sénat. Je me sens privilégiée d'être ici.

Je ne suis qu'un exemple des nombreux étudiants qui ont fréquenté un tel établissement d'enseignement. Une autre personne que je connais est M. Ghislain Picard, chef régional de l'Assemblée des Premières nations du Québec et du Labrador. Même si je n'ai fréquenté l'établissement qu'un semestre, cela a eu un grand impact sur moi.

Ceux qui ont obtenu leur diplôme de cet établissement travaillent dans divers ordres de gouvernement ou pour des organisations politiques. Certains sont peut-être même politiciens. Ils travaillent aux niveaux communautaire, local, régional, national et parfois même international.

Favoriser les études des membres des Premières nations dans un environnement autochtone est une excellente expérience. Malheureusement, je n'ai pas eu l'occasion d'obtenir mon diplôme de ce collège parce que le gouvernement l'a fermé. Je me rappelle ne pas avoir compris pourquoi, parce que nous y obtenions une bonne éducation. Le gouvernement a parlé de limites budgétaires ou a dit qu'il y avait trop de promiscuité et de consommation d'alcool. Cela se produit dans tous les établissements d'enseignement quand les étudiants de niveau universitaire et collégial s'émancipent de leur environnement familial et profitent de la vie d'une manière différente et passagère.

Peu importe la politique du gouvernement ou sa justification à ce moment-là, le résultat final a été la fermeture de l'établissement. Beaucoup de grands leaders ont fréquenté ce collège. Je suis sûre que c'est la même chose dans votre région — beaucoup de gens qui ont fréquenté un établissement sont devenus des leaders dans leur collectivité.

Le sénateur Fairbairn : Certains sont devenus médecins.

Mme Dedam-Montour : Il y a de nombreux avantages. Le Collège Manitou était situé dans un environnement à caractère très autochtone, et l'expérience était donc enrichissante sur le plan émotionnel et culturel. Cependant, puisque le gouvernement l'a fermé, j'ai dû fréquenter le Collège Dawson à Montréal, et ce n'était pas la même chose. J'avais peur de quitter la station ferroviaire et de marcher parce que j'avais peur de me perdre. C'est l'expérience que j'ai eue. Les étudiants qui viennent de petites collectivités isolées où il n'y a pas de routes, pas de trottoirs et pas d'eau courante doivent complètement se déraciner pour poursuivre leurs études. Ils se retrouvent dans un environnement étranger où la langue et les cultures sont différentes.

The supportive environment mentioned earlier facilitates development.

Dr. Reading: This committee needs to reflect on what economists are calling the great recession as a global factor in all of this. Aboriginal people are the poorest of the poor and the consequences of this global recession are that investments will be withdrawn around factors that we know are supporting the determinants of health. Canada is out of step with its counterparts in other countries.

As we all know, Barack Obama has made a significant effort to stimulate the economy through strategic investments at a time when it is needed and he has reached out to Native Americans. He is put a lot more resources into the Indian Health Service and is committed to meeting with native leaders to address the determinants of health.

As I mentioned earlier, Australia is doing the same and New Zealand has a long history of engaging with the Maori. I think Canada is out of step internationally with what is happening.

The consequences will be enormous. More than 50 per cent of the Aboriginal population is under the age of 25. That cohort of young people needs to obtain necessary, practical training. I am not talking about people becoming university professors — although some will. However, skills and opportunities for employment through training will be important to addressing the determinants of health. Government has a role in a recession to invest in the capacities of the next generation.

We have to look at the realities instead of shrinking away from the responsibilities of the population. We need to invest more. Mr. Dinsdale's commented that he is being forced to operate within a funding envelope that has not increased since the 1990s. This is despite making enormous gains and being able to respond to government evaluations, et cetera. That is tragic. There is something horribly wrong about the priorities of the government. It is about equity, human rights and inclusion.

We all get it. I guess I am preaching to the converted. However, my main issue is that Canada is out of step with other developed countries.

The Chair: Thank you, Dr. Reading. We are a little overtime, but we will go further.

Senator Callbeck: In 2005, the Blueprint on Aboriginal Health was developed. I understand it was a guide on how we would move ahead in health. It was agreed by the federal government, the provinces, the Metis, Inuit and First Nations. It does not appear that it has gone anywhere. Is that a good guideline? Is that a starting point for population health?

Mr. Dinsdale: I cannot comment on the blueprint specifically because we were not engaged or part of the follow-up.

L'environnement de soutien mentionné plus tôt favorise le développement.

Dr Reading : Le comité doit réfléchir à ce que les économistes appellent la grande récession comme un facteur général dans tout ça. Les Autochtones sont les plus pauvres des pauvres, et les conséquences de la récession mondiale est que les investissements seront annulés en raison de facteurs qui, nous le savons, ont une incidence sur les déterminants de la santé. Le gouvernement canadien est en retard par rapport à ses homologues dans d'autres pays.

Comme nous le savons tous, Barack Obama a fait un grand effort pour stimuler l'économie grâce à des investissements stratégiques à un moment où de tels investissements sont nécessaires et il a tendu la main aux Amérindiens. Il a fortement augmenté les ressources du Indian Health Service et s'est engagé à rencontrer les leaders amérindiens pour parler des déterminants de la santé.

Comme je l'ai mentionné plus tôt, l'Australie fait la même chose, et la Nouvelle-Zélande travaille depuis longtemps avec les Maoris. Je crois que le Canada est en retard par rapport à ce qui se passe à l'échelle internationale.

Les conséquences seront énormes. Plus de 50 p. 100 des Autochtones ont moins de 25 ans. Cette cohorte de jeunes a besoin d'une formation nécessaire et pratique. Je ne parle pas de devenir professeur d'université — même si certains d'entre eux y arriveront. Cependant, la formation pour obtenir des compétences et des occasions d'emploi sera un élément important pour aborder les déterminants de la santé. Durant une récession, le gouvernement doit investir pour renforcer les capacités de la prochaine génération.

Il faut regarder la réalité en face plutôt que de faire fi de nos responsabilités à l'égard de la population. Il faut investir davantage. M. Dinsdale nous a dit qu'il doit se satisfaire d'une enveloppe de financement qui est la même depuis les années 1990. Et cela, malgré les énormes gains et le fait qu'il respecte les évaluations du gouvernement, et ainsi de suite. C'est tragique. Il y a quelque chose qui ne va vraiment pas avec les priorités du gouvernement. C'est une question d'équité, de droits de la personne et d'inclusion.

Nous l'avons tous compris. J'imagine que je prêche à des convertis. Cependant, la principale chose que je veux faire valoir, c'est que le Canada est en retard par rapport aux autres pays industrialisés.

Le président : Merci, docteur Reading. Nous avons un peu dépassé le temps, mais nous poursuivrons quand même.

Le sénateur Callbeck : En 2005, on a élaboré le Plan directeur de la santé des Autochtones. J'ai compris qu'il s'agissait d'un guide sur la marche à suivre dans le domaine de la santé. Il a été signé par le gouvernement fédéral, les provinces, les Métis, les Inuits et les Premières nations. Il ne semble pas que cela ait donné quoi que ce soit. Est-ce un bon plan directeur? Est-ce un bon point de départ pour aborder le thème de la santé de la population?

M. Dinsdale : Je ne peux pas commenter le Plan directeur lui-même parce que nous n'avons pas participé au suivi.

Although I disagreed with the outcome, I think Kelowna was the right process. It could have been more inclusive and focused its attention more on urban issues. Urban issues were a lens and that lens became a blindfold in our read of it. However, it was the right process.

It would be great if we had the three major national Aboriginal organizations here because they could speak to what they are doing. There are activities and perhaps our government colleagues can comment. It is an example wherein urban areas we were not engaged whatsoever in the development of the blueprint or its implementation.

Ms. Dedam-Montour: I agree that it is a good start. I have a seat on the Chief's Committee on Health at the Assembly of First Nations. I am not a voting member and I am not one of their technical supports, but I bring the community perspective.

The blueprint supports what leadership wants to do. It was a direction to pursue because it reflected a lot of collaboration. Simply to get a number of groups to agree on one document is an achievement in itself.

Although it was undertaken in 2005, there may have been a shift in some of the priorities. If it was brought back to the table, it would be a good step to have that opportunity to re-examine some issues and to update it to meet present needs.

Ms. Kinoshameg: I also was not part of that. Participation probably focused on the political leadership at that point to develop that blueprint. However, if it has not gone anywhere, maybe it should be reviewed. It could be a starting point along with everything else that has been discussed.

Senator Callbeck: Both you and Ms. Dedam-Montour mentioned the Chief's Committees on Health. Can you talk about those?

Ms. Kinoshameg: Ms. Dedam-Montour can speak to it.

Ms. Dedam-Montour: The Assembly of First Nations is made up of political leadership from each of ten regions across the country. Each region selects a chief to hold the health portfolio. This chief comes to the national level where they have meetings four times a year. To support the Chiefs' Committee on Health, each region will have a health technician. This person will look at policy, what is coming down, and assist developing strategies to guide what leadership can do in the next steps.

As leaders, you are sitting here today, but there are many people sitting behind you that have informed you, are guiding you and feeding you as much information as possible so you can make informed decisions. The Chiefs' Committee on Health has health technicians who do that. I have sat on that committee since 2005.

Senator Callbeck: Ms. Langlois mentioned that Health Canada talks a lot with other policy makers and practitioners in other countries of the world.

Même si je suis en désaccord avec le résultat, je crois qu'on a utilisé le bon processus à Kelowna. Le processus aurait pu être plus inclusif et mettre l'accent davantage sur les enjeux en milieu urbain. Les enjeux en milieu urbain devaient être l'angle d'approche, mais c'est plutôt devenu un angle mort selon nous. Cependant, c'était le bon processus.

Il aurait été opportun de compter les trois principales organisations autochtones nationales avec nous, parce qu'elles auraient pu parler de ce qu'elles font. Il y a des activités, et, peut-être, que nos homologues du gouvernement peuvent les commenter. C'est un exemple de cas où les représentants des zones urbaines n'ont participé d'aucune manière à l'élaboration ou à la mise en œuvre du plan directeur.

Mme Dedam-Montour : Je conviens aussi que c'est un bon début. Je siège au Chief's Committee on Health de l'Assemblée des Premières Nations. Je ne suis pas un membre votant et je ne suis pas là pour fournir un soutien technique. Cependant, je fais connaître le point de vue de la collectivité.

Le plan directeur appuie ce que les leaders veulent faire. C'était la marche à suivre parce que cela reflétait beaucoup de collaboration. Le simple fait qu'un certain nombre de groupes s'entendent sur un document est déjà une réussite en soi.

Même si le processus a été entrepris en 2005, certaines de priorités ont changé. Si on reprenait les discussions, ce serait une bonne idée d'avoir l'occasion de réexaminer certains des enjeux et de le mettre à jour pour qu'il réponde aux besoins actuels.

Mme Kinoshameg : Je n'ai moi non plus pas participé à cette initiative. La participation était peut-être limitée à la sphère politique à cette étape de l'élaboration du plan directeur. Cependant, si le plan n'a rien donné, il faudrait peut-être le réexaminer. Ce pourrait être un point de départ s'ajoutant à tout ce dont nous avons parlé précédemment.

Le sénateur Callbeck : Vous et Mme Dedam-Montour avez mentionné le Chief's Committee on Health. Pouvez-vous en parler?

Mme Kinoshameg : Mme Dedam-Montour peut en parler.

Mme Dedam-Montour : L'Assemblée des Premières Nations est composée de leaders politiques de chacune des dix régions du pays. Chaque région choisit un chef responsable du dossier de la santé. Ces chefs se réunissent à l'échelon national quatre fois par année. Pour appuyer le Chiefs' Committee on Health, chaque région choisit un technicien en santé. Cette personne se penche sur les politiques, ce qui se passe, et aide à élaborer les stratégies pour orienter les leaders quant à ce qu'ils doivent faire ensuite.

En tant que leaders, vous êtes ici aujourd'hui, mais il y a beaucoup de personnes derrière vous qui vous ont informés, qui vous orientent et qui vous fournissent le plus de renseignements possibles afin que vous puissiez prendre des décisions éclairées. Le Chiefs' Committee on Health a des techniciens en santé qui font cela. Je siège à ce comité depuis 2005.

Le sénateur Callbeck : Mme Langlois a mentionné que Santé Canada discute beaucoup avec d'autres décideurs et praticiens dans d'autres pays.

Are there initiatives or best practices that you have learned from other countries that you have initiated here or would like to initiate here in terms of population health?

Ms. Langlois: Maybe I can speak to one initiative with which I am familiar. There is a northern dimension partnership on health and social matters. It involves all of the Nordic countries — Iceland, Finland, Norway, Russia, Lithuania, et cetera. It is pertinent to the Inuit, but also to northern First Nation in terms of the issues addressed.

Last November, we hosted a meeting where representatives from those countries came. We encouraged them to bring indigenous people from their countries as well. Our approach in working with other countries is that we always want to ensure a one-for-one match between a government official and an indigenous representative to model the partnership to ensure it is not only governments talking at indigenous people, but governments working side by side.

We had the meeting in November. It was a brainstorming around issues of importance to indigenous people across these countries. It was an opportunity to discuss HIV/AIDS, nutrition and mental health and addictions. I went there to speak about mental health and addictions since that is my lens, but there was other work happening on HIV/AIDS and nutrition.

I will speak specifically on mental health and addictions. We had the opportunity to talk about what we are doing in Canada with the other countries. It became clear that the countries were excited to learn from the things we are doing in Canada. In much of the work we are doing, there are three constellations of programs recently put in place. There was the National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy put in place as a result of the First Ministers meetings in 2004, but confirmed in Budget 2005 and Budget 2006 under the new government. We also have the Indian Residential Schools Settlement Agreement that has brought funding into Health Canada to support former students of residential schools as they go through the processes of the settlement agreement — the apology and the coming truth and reconciliation commission.

We also have funding under the new National Anti-Drug Strategy that will see us modernizing our addictions program. One key element is putting in place these multi-disciplinary mental wellness teams.

There is a lot of activity happening in this area. We had the opportunity to share that and there was some real excitement amongst the other countries. We were invited back; one of my staff went back to Sweden last week. There will now be work moving forward where Canada actually has best practices to share with other countries.

Y a-t-il des initiatives ou des pratiques exemplaires que vous avez apprises d'autres pays et que vous avez appliquées ici ou que vous aimeriez appliquer dans les domaines de la santé de la population?

Mme Langlois : Je peux peut-être parler d'une initiative que je connais bien. Il y a un partenariat entre les pays des régions circumpolaires en matière de santé et d'enjeux sociaux. Tous les pays nordiques y participent : Islande, Finlande, Norvège, Russie, Lituanie, et cetera. Ce partenariat présente un intérêt pour les Inuits, mais aussi pour les Premières nations du Nord sur le plan des enjeux qui y sont abordés.

En novembre, nous avons tenu une réunion où des représentants de ces pays ont été conviés. Nous les avons encouragés à amener des indigènes de leurs pays avec eux. Notre approche lorsque nous travaillons avec d'autres pays est de nous assurer qu'il y a toujours un nombre égal de représentants du gouvernement et de représentants indigènes pour créer un partenariat où ce ne sont pas seulement les gouvernements qui parlent à des indigènes, mais des gouvernements qui travaillent côte à côte.

Nous avons organisé une réunion en novembre. Nous avons effectué une activité de remue-méninges portant sur les enjeux importants pour les peuples indigènes dans ces pays. Nous avons eu l'occasion de discuter du VIH/sida, de nutrition et de santé mentale et de toxicomanie. J'y suis allée pour parler de santé mentale et de toxicomanie puisque c'est ma spécialité, mais il y avait d'autres travaux en cours sur le VIH/sida et la nutrition.

J'aborderai principalement le thème de la santé mentale et de la toxicomanie. Nous avons eu l'occasion de parler de ce que nous faisons au Canada aux autres pays. Il était évident que les pays étaient très intéressés à apprendre ce que nous faisons au Canada. On peut regrouper une bonne partie des travaux que nous faisons en trois constellations de programmes récemment mis en place. Il y a la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones qui a été mise en place à la suite des réunions des premiers ministres, en 2004, et qui a été confirmée dans le Budget de 2005 et le Budget de 2006 sous un nouveau gouvernement. Il y a aussi la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens qui a permis à Santé Canada d'obtenir du financement pour soutenir les anciens étudiants des pensionnats qui entreprennent les processus prévus dans la Convention de règlement — les excuses et la Commission de vérité et de réconciliation.

Nous avons aussi reçu du financement dans le cadre de la Stratégie nationale antidrogue qui nous permettra de mettre à jour nos programmes de lutte contre la toxicomanie. Un élément clé consiste à mettre en place des équipes multidisciplinaires en santé mentale.

Il se passe beaucoup de choses dans ce domaine. Nous avons eu l'occasion d'en parler, et les autres pays étaient vraiment impressionnés. On nous a invités à nouveau. Un de mes employés est retourné en Suède la semaine dernière. Les travaux se poursuivront, et le Canada sera en fait en mesure de communiquer des pratiques exemplaires à d'autres pays.

I know your question was whether we have learned about best practices in other countries. However, that is where the sharing comes from. We have opened the door; we are sharing our mental health and addictions programming and we are actively looking at the Maori suicide prevention strategy. That has been put in place in New Zealand and we work with that, understand it and we see how it informs our work.

Therefore, yes, we are doing that work in our programs and I think it would be the same in any of Ms. Wood's programs. Tuberculosis would be an important thing to speak about in terms of a recent national forum.

Senator Pépin: Some witnesses told the subcommittee that a population health policy should be established separately from a poverty reduction strategy. What do you think of that?

Mr. Dinsdale: A poverty reduction strategy has a particular connotation around education and skills development and training. It clearly has outcomes in health. However, the prevalence of diseases and illness and particular specific health outcomes require immediate interventions.

I think the social determinants of health and that approach, with poverty in particular, is a long-term approach. You need to deal with the immediate needs while trying to take that broader vision.

Dr. Reading: A poverty reduction approach is extremely important because the cognitive ability of an infant is most malleable, from a biological point of view. However, we do not invest very much in that stage of life. We do the inverse: We put a lot of resources into seniors through the tax system. Refocusing investment and support on the early stages of life — for children — through a poverty reduction strategy is an important way to try to optimize the potential for healthy growth and development.

I will talk about the issue of different governments and what they are doing. In the United States, there are Native American centres for epidemiology, which are funded by the Center for Disease Control and also the Indian Health Service. There are 11 of them across the country in the U.S., including Alaska. While some are under tribal control and some are urban based, they are governed by Aboriginal people themselves. They provide evidence tracking the health status of people within their regions. Then it is actually translated into programs and services. That is an important thing.

In Canada, we have the signatories of a tripartite agreement. First Nations, the federal government and the provinces have agreed to this with the leadership council to refocus on health. Many of us hope that will lead to regional health authorities under Aboriginal control. That is one of the big issues that needs

Je sais que votre question portait sur des pratiques exemplaires que nous aurions pu apprendre des autres pays. Cependant, c'est de cette manière qu'on initie la communication. Nous avons ouvert la porte, nous avons présenté nos programmes en santé mentale et en lutte contre la toxicomanie et nous examinons activement la stratégie de prévention du suicide au sein du peuple Maori qui a été mise en place en Nouvelle-Zélande. Nous l'examinons, nous tentons de la comprendre et de déterminer quel impact elle peut avoir sur nos travaux.

Par conséquent, oui, nous travaillons ainsi dans le cadre de nos programmes, et je suis sûre qu'il se passe la même chose dans les programmes de Mme Wood. À la lumière d'un récent forum national, ce serait une bonne chose de parler de la tuberculose.

Le sénateur Pépin : Certains témoins ont dit au sous-comité qu'il faudrait créer une politique sur la santé de la population distincte d'une stratégie de réduction de la pauvreté. Qu'en pensez-vous?

M. Dinsdale : Une stratégie de réduction de la pauvreté a une connotation particulière liée à la formation et au renforcement des compétences. Il ne fait aucun doute qu'une telle stratégie a des résultats liés à la santé. Cependant, la prévalence de maladies et de troubles de santé et les résultats particuliers en matière de santé exigent des interventions immédiates.

Je crois que les déterminants sociaux de la santé et cette approche, de lutte à la pauvreté en particulier, sont des initiatives à long terme. Il faut répondre aux besoins immédiats tout en tentant d'établir une vision générale.

Dr Reading : Il est très important de mettre en place une approche axée sur la réduction de la pauvreté parce que les capacités intellectuelles d'un enfant sont extrêmement malléables du point de vue biologique. Cependant, il y a peu d'investissements liés à cette étape de la vie. Nous faisons le contraire : nous consacrons beaucoup de ressources aux aînés par l'intermédiaire du régime fiscal. Rediriger les investissements et le soutien vers les premières étapes de la vie — pour les enfants — grâce à une stratégie de réduction de la pauvreté, est un moyen efficace d'essayer d'optimiser le potentiel de croissance et de développement sain de l'enfant.

Je vais parler des différents gouvernements et de ce qu'ils font. Aux États-Unis, il y a des centres d'épidémiologie pour les Amérindiens qui sont financés par le Center for Disease Control et le Indian Health Service. Il y en a 11 à l'échelle des États-Unis, y compris en Alaska. Même si certains relèvent des tribus et d'autres sont en zone urbaine, ils sont gouvernés par les populations autochtones elles-mêmes. Les centres permettent d'effectuer un suivi des données probantes sur la santé des gens résidant dans leurs régions. En fait, cela a mené à des programmes et des services. C'est quelque chose d'important.

Au Canada, il y a les signataires d'une entente tripartite. Les Premières nations, le gouvernement fédéral et les provinces se sont entendus là-dessus, et le conseil de leadership doit se concentrer sur la santé. Bon nombre d'entre nous espèrent que cela permettra la création de régies régionales de la santé sous contrôle

to be addressed. We need to be supporting self-determination in the area of health and having Aboriginal people at the table as CEOs of regional health authorities.

To come full circle, Senator Keon's idea of the polyclinics in Cuba is a very good idea. However, I think it needs to be discussed and analyzed at the regional level through regional health authorities where Aboriginal people sit with other regional health authority leaders and discuss these issues.

Many of the regional health authorities in Canada have multi-billion dollar budgets and the Aboriginal piece is a very small piece; it is sort of on the side and not really a priority. However, if there was an Aboriginal seat at that table in each of the regions of Canada, then there would be a lot of good interaction among those authorities.

My experience as the Scientific Director of the Canadian Institutes of Health Research, as one of 13 institutes, was that there was a tremendous amount of synergy because the expertise was contained in our area. Like Ms. Dedam-Montour says, because you have many people behind you, supporting your decisions, we are able to add value to the CIHR.

In the area of health services, having an Aboriginal seat at the regional health authorities table would add value to the entire enterprise.

The Chair: Tomorrow we are meeting with the information gurus. It will comprise just about everyone in the country. What stage were you at in your institute when you completed your tenure there?

Dr. Reading: I had been there for almost eight years and we had funded over \$100 million of Aboriginal research that probably would not have happened. A great deal of that funding was through partnerships with other institutes.

I want to emphasize that the CIHR does not compromise on its pursuit of scientific excellence; it is done through a very rigorous peer review system. Therefore, we were meeting international standards of research excellence while at the same time addressing community priorities and funding research that was relevant to Aboriginal communities.

I think the CIHR was a good model that would demonstrate how we could integrate across this in an inclusive way. To someone at this meeting I said, "If you are not at the table, you are on the menu." I think it is time Aboriginal people had a seat at the table.

The Chair: We cannot beat that quote so we have to close the meeting.

(The committee adjourned.)

autochtone. C'est un des principaux enjeux qu'il faut aborder. Il faut favoriser l'autodétermination dans le domaine de la santé et faire participer des Autochtones en tant que présidents de régions régionales de la santé.

Pour boucler la boucle, l'idée du sénateur Keon sur les polycliniques de Cuba est une très bonne idée. Cependant, je crois qu'il faut en discuter et procéder à des analyses à l'échelle régionale par l'intermédiaire des régions régionales de la santé auxquelles participent des Autochtones et d'autres leaders régionaux du domaine de la santé pour en parler.

Bon nombre des régions régionales de la santé du Canada ont des budgets de plusieurs milliards de dollars, et la part autochtone est très petite; ce n'est pas vraiment considéré, semble-t-il, comme une priorité. Cependant, si un Autochtone siégeait aux régions de chaque région du Canada, alors il y aurait beaucoup d'interactions positives entre ces régions.

Mon expérience en tant que directeur scientifique des Instituts de recherche en santé du Canada, d'un des 13 instituts, était qu'il y avait une importante synergie en raison de notre expertise dans le domaine. Comme l'a dit Mme Dedam-Montour, parce qu'il y a beaucoup de personnes derrière vous, qui appuient vos décisions, cela donne une valeur ajoutée aux IRSC.

Dans le domaine des services de santé, s'assurer qu'un Autochtone fait partie du conseil des régions régionales de la santé ajouterait de la valeur à toute l'organisation.

Le président : Demain, nous rencontrons les gourous de l'information. Cela veut dire à peu près tout le monde au pays. Où en étiez-vous dans votre institut lorsque vous avez terminé votre mandat?

Dr Reading : J'y étais depuis presque huit ans, et nous avons fourni plus de 100 millions de dollars en financement d'activités de recherche autochtones qui, sans nous, n'auraient probablement pas eu lieu. Une bonne partie du financement était accordée par l'intermédiaire de partenariats avec d'autres instituts.

J'aimerais mettre l'accent sur le fait que les IRSC ne font pas de compromis en ce qui a trait à l'objectif d'excellence scientifique; l'excellence est assurée grâce à un rigoureux système d'examen par les pairs. Par conséquent, nous respectons les normes internationales en matière d'excellence en recherche tout en tenant compte des priorités communautaires et en finançant des recherches qui sont pertinentes pour les collectivités autochtones.

Je crois que les IRSC sont un bon modèle qui montre bien comment il est possible d'intégrer les structures à l'échelle nationale de manière inclusive. Comme j'ai dit à quelqu'un présent à la réunion : « Si tu n'es pas assis à la table, tu es au menu ». Je crois qu'il est temps que les Autochtones soient assis à la table.

Le président : On ne pourrait pas finir sur une meilleure note, et je mets donc fin à la réunion.

(La séance est levée.)

OTTAWA, Friday, March 27, 2009

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9 a.m. to examine and report on the impact of the factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health (topic: roundtable on the population health database infrastructure).

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

[*English*]

The Chair: Honourable senators and guests, thanks to all of you for giving up your precious time in coming here and helping us with our rather monumental task. We are quite optimistic about it. We hope to wrap up and get our final report done within approximately the next month and release it in early June. The deliberations today will be of tremendous importance.

Before I introduce everyone, our objective is to encourage involvement at every level of government and in every sector, going down to the community level. We will have a large emphasis on community. The report will recommend an all-of-government approach for the cabinet committee of the federal government led by the Prime Minister, cabinet committees of the provinces led by the premiers, similar civic committees in the cities, and community committees. This will correspond to the organizations and allow horizontal and vertical integration of all the government, NGO and intersectoral resources necessary to make a population health approach effective.

I will not bore you with any further comments because I want to listen. I will be very brief with the introductions. I will obviously not be doing any of you justice.

We have with us today Odette Madore, our analyst and principal writer for the subcommittee; Dr. Gregory Taylor, Director General, Office of Public Health Practice, Public Health Agency of Canada; Dr. Cordell Neudorf, Chief Medical Health Officer, Saskatoon Health Region; Senator Joan Cook from Newfoundland; Alton Hollett, Assistant Deputy Minister, Economics and Statistics Branch, Newfoundland and Labrador Department of Finance; Vivek Goel, President and Chief Executive Officer, Ontario Agency for Health Protection and Promotion; Senator Nicole Eaton; Ms. Karen Dodds, Assistant Deputy Minister, Health Canada; Senator Catherine Callbeck, former Premier of Prince Edward Island, and a tremendous help to us because of the experience that she brings to the table; Mark Smith, Associate Director, Repository at Manitoba Centre for Health Policy, University of Manitoba; Barbara Reynolds, clerk of the committee, who runs my life. Senator Art Eggleton, former mayor of Toronto and former head of Treasury Board, will join us shortly.

OTTAWA, le vendredi 27 mars 2009

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne — appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé (sujet : table ronde sur l'infrastructure de la base de données sur la santé des populations).

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

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs et invités, je vous remercie de nous consacrer de votre précieux temps ce matin en vue de nous aider à accomplir cette tâche plutôt monumentale. Nous sommes très optimistes. Nous espérons mener à bien nos travaux et rédiger notre rapport final au cours du prochain mois, après quoi nous comptons le déposer au début du mois de juin. Les délibérations d'aujourd'hui seront d'une importance capitale.

Avant de passer aux présentations, je tiens à préciser que notre objectif est d'encourager la participation de chaque ordre de gouvernement et dans chaque secteur, jusqu'au niveau communautaire. Nous mettrons beaucoup l'accent sur la communauté. Le rapport recommandera une approche pangouvernementale pour le comité du Cabinet du gouvernement fédéral, dirigé par le premier ministre, ainsi que les comités des cabinets provinciaux dirigés par les premiers ministres, les comités municipaux qui s'y apparentent et également les comités communautaires. L'approche recommandée en matière de santé de la population tiendra compte des besoins des organisations et permettra l'intégration horizontale et verticale de toutes les ressources dont les gouvernements, les ONG et les différents secteurs ont besoin pour en assurer l'efficacité.

Je ne vous ennuierai pas davantage avec mes propos; je préfère vous entendre. Mes présentations seront très brèves et, bien entendu, je ne rendrai justice à personne.

Nous avons parmi nous aujourd'hui Odette Madore, analyste et rédactrice principale du sous-comité; le Dr Gregory Taylor, directeur général du Bureau de la pratique en santé publique de l'Agence de la santé publique du Canada; le Dr Cordell Neudorf, médecin hygiéniste en chef à la Régie régionale de la santé de Saskatoon; le sénateur Joan Cook de Terre-Neuve-et-Labrador; Alton Hollett, sous-ministre adjoint à la Direction de l'économie et de la statistique du ministère des Finances de Terre-Neuve-et-Labrador; Vivek Goel, président-directeur général de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé; le sénateur Nicole Eaton; Mme Karen Dodds, sous-ministre adjointe, Santé Canada; le sénateur Catherine Callbeck, ex-première ministre de l'Île-du-Prince-Édouard, qui nous fera profiter de sa vaste expérience; Mark Smith, directeur agrégé, Manitoba Centre for Health Policy Repository, Université du Manitoba; Barbara Reynolds, greffière du comité, celle qui gère mon quotidien. Le sénateur Art Eggleton, ancien maire de Toronto et ancien président du Conseil du Trésor, se joindra à nous sous peu.

In addition, we have Mike Sheridan, Chief Operating Officer, Canada Health Infoway Inc.; Jean-Marie Berthelot, Vice-President of Programs, Canadian Institute for Health Information; Senator Lucie Pépin, a nurse and senator from Quebec, who is deputy chair of this committee; Jean Harvey, Director, Canadian Population Health Initiative, Canadian Institute for Health Information; Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Statistics Canada, and my old friend. Senator Andrée Champagne will join us shortly.

We also have Christine Burton, Director, Rural Policy and Strategic Development, Agriculture and Agri-food Canada; and Michel Frojmovic, MCIP, RPP, Director, Acacia Consulting and Research, Federation of Canadian Municipalities.

We have outlined some questions for you to try and maintain some focus, and I have had preliminary discussions with some of you about these questions. The consensus was that for the first round you can address all four, if you wish, or one specific question. I will try to bring you back as we move along to answer the specific questions, because Ms. Madore has a difficult task in trying to integrate all of these comments into a common thread.

Having said that, we will begin with community-based models. I spoke to Michael Sheridan recently on the telephone and had an interesting conversation. I will ask him to comment, and then the floor will be open.

Mike Sheridan, Chief Operating Officer, Canada Health Infoway Inc.: I will keep my comments brief because the subcommittee has put a number of significant and substantive questions to the panel to ponder. It is important that we proceed with that agenda.

I have two commentaries. The first concerns the model that has been employed to advance and accelerate the implementation and uptake of electronic health records. The chair had pointed out that it is important to encourage involvement of all levels of government. I think we have been fairly successful with the model that Infoway has used to some degree.

The potential exists for electronic health records to contribute to the data and information system components and could help form part of a foundation for a population health information system. We must recognize clearly from the start that the data requirements for tracking broader population health outcomes and supporting research and analysis extend well beyond clinical health care information.

With respect to the Infoway model, Canada's first ministers understood the need to exploit the power of information technology. They unanimously agreed to work together to develop a Canada-wide health info-structure to improve quality, access and timeliness of health care for Canadians. The first

Aussi, nous avons Mike Sheridan, chef de l'exploitation, Inforoute Santé du Canada Inc.; Jean-Marie Berthelot, vice-président des programmes à l'Institut canadien d'information sur la santé; le sénateur Lucie Pépin, du Québec, vice-présidente du sous-comité et infirmière également; Jean Harvey, directeur de l'Initiative sur la santé de la population canadienne à l'Institut canadien d'information sur la santé; Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Statistique Canada, qui est aussi un de mes vieux amis. Le sénateur Andrée Champagne sera des nôtres un peu plus tard également.

Enfin, nous avons Christine Burton, directrice, Politique rurale et développement stratégique, Agriculture et Agroalimentaire Canada; et Michel Frojmovic, MCIP, RPP, directeur, Acacia Consulting and Research, Fédération canadienne des municipalités.

Nous vous avons préparé quelques questions afin de tenter de circonscrire le débat, et je me suis également entretenu de façon préliminaire avec certains d'entre vous à ce sujet. Dans un premier temps, si le cœur vous en dit, vous pourrez aborder les quatre questions ou encore une seule. Au fil de nos discussions, j'essaierai de vous ramener à la question particulière, parce que Mme Madore doit voir à la tâche colossale de réunir, si possible, les observations en un tout cohérent.

Cela étant dit, nous commencerons par les modèles axés sur la communauté. J'ai parlé récemment avec Michael Sheridan, qui avait des choses intéressantes à dire au bout du fil. Je lui demanderai de présenter ses observations d'abord, après quoi tous pourront y aller des leurs.

Mike Sheridan, chef de l'exploitation, Inforoute Santé du Canada Inc.: Je serai bref car le sous-comité a soumis à l'attention du groupe un certain nombre de questions de fond qu'il est important d'aborder.

J'ai deux observations. Premièrement, je parlerai du modèle utilisé pour promouvoir et accélérer l'élaboration et l'adoption de dossiers de santé électroniques au Canada. Le président a fait remarquer qu'il faut inciter tous les ordres de gouvernement à participer. Je crois qu'Inforoute a connu un certain succès grâce au modèle qu'elle a décidé d'appliquer.

Deuxièmement, je parlerai de ce que les dossiers de santé électroniques peuvent apporter aux données et renseignements qui pourraient servir à la création d'un système d'information sur la santé de la population. D'entrée de jeu, il nous faut clairement reconnaître que les données requises pour faire le suivi des résultats d'ensemble obtenus en matière de santé de la population et pour soutenir l'analyse et la recherche vont bien au-delà des renseignements cliniques sur les soins de santé.

En ce qui concerne le modèle d'Inforoute, les premiers ministres du Canada ont compris la nécessité de tirer parti du potentiel des technologies de l'information. Ils ont convenu à l'unanimité de travailler ensemble à l'élaboration d'une infostructure pancanadienne de la santé pour améliorer l'accès

ministers also recognized that Canada's challenges would best be met with a national commitment to develop solutions that would operate across all health care organizations and systems.

Infoway was created as a not-for-profit corporation funded by the federal government. The corporation's "owners," for lack of a better term, are the 14 deputy ministers of health. Infoway is not a granting agency. It is a strategic investor with our provincial and territorial partners. We play an active proposal in project planning, design and deployment of systems, but we do not actually build, operate or own those systems. That work is done by the provinces and territories.

Joint investment is a condition of the funding. It enables the corporation to lever additional funds from other governments. To ensure value and to mitigate risk, we use a gated funding approach that requires specific deliverables and adoption targets to achieve for each project. Before any funds are disbursed, those targets and adoptions must be met.

We also measure results and benefits. To date, we have approved investments of over \$1.5 billion for over 270 active or completed projects. The model has functioned on the basis of cooperation and collaboration. This has been a clear underpinning of some of the successes I hope we have had.

On the second point, I think electronic health records can and should provide unique opportunities to contribute to and advance research, policy, analysis and improve the understanding of health outcomes. Recognizing that these electronic health record systems have been designed first and foremost to improve access, safety, quality and productivity in the actual delivering of clinical care, I think the future holds enormous possibilities for these systems to contribute to life course information and integrated population health information.

The goal we have set is that, by 2010, 50 per cent of Canadians will have their electronic health records available to their authorized professional who provides their health care services. That means the availability of client demographic, provider demographic, diagnostic images, laboratory test results, dispensed pharmaceuticals, as well as clinical reports or immunization data. In establishing this goal line we have placed a high priority on a common systems architecture that has been adopted by the jurisdictions, as well as data and information standards that will permit interoperability of these system solutions.

New funding in the 2009 federal budget will provide the opportunity for expansion of investments in the implementation and use of electronic medical record systems in physicians' offices,

des Canadiens aux soins de santé tout en augmentant la qualité des soins et en réduisant les temps d'attente. Les premiers ministres ont également reconnu qu'un engagement national serait la meilleure façon de relever ce défi et de trouver des solutions qui permettraient de relier entre eux les systèmes des divers établissements et cliniques.

Inforoute est un organisme sans but lucratif qui est financé par le gouvernement fédéral et qui « appartient », en quelque sorte, aux 14 sous-ministres de la Santé. Inforoute n'est pas un organisme subventionnaire. C'est un investisseur stratégique qui travaille auprès des provinces et des territoires. Nous jouons un rôle actif dans la planification des projets et dans la conception et le déploiement des systèmes mais, dans les faits, nous ne construisons, ne possédons et n'exploitons pas ces systèmes. Ce sont les provinces et les territoires qui s'occupent de ces choses.

L'investissement conjoint est une condition des accords de financement, et cela nous permet de mobiliser des fonds supplémentaires provenant d'autres gouvernements. Pour garantir la notion de valeur et atténuer les risques, nous avons instauré un processus de financement par étapes, chaque projet devant produire des résultats spécifiques et atteindre des cibles déterminées avant de recevoir les fonds.

Nous mesurons aussi les résultats et les avantages qui en découlent. À ce jour, Inforoute a approuvé des investissements d'un peu plus de 1,5 milliard de dollars pour plus de 270 projets en cours ou terminés. Le modèle repose sur la collaboration et la coopération, deux éléments clairement essentiels à notre réussite.

Par ailleurs, je pense que les dossiers de santé électroniques peuvent, et doivent, fournir des possibilités uniques de promouvoir la recherche, les politiques, les analyses et une meilleure compréhension des résultats en matière de santé. Les systèmes de dossiers de santé électroniques ont été conçus avant tout pour améliorer l'accès aux soins, la sécurité, la qualité et la productivité dans la prestation des soins cliniques. Je pense que l'avenir s'annonce fort prometteur pour ces systèmes et la contribution qu'ils apporteront aux renseignements sur la santé tout au long de la vie, de même qu'aux renseignements intégrés sur la santé de la population.

Nous nous sommes fixés pour objectif, d'ici 2010, de mettre les dossiers de santé électroniques de 50 p. 100 des Canadiens à la disposition des professionnels de la santé reconnus qui leur dispensent des soins. Cela signifie qu'ils auront accès à des données sur le client et sur le fournisseur, à l'imagerie diagnostique, aux résultats des tests de laboratoire, à la liste des produits pharmaceutiques prescrits, aux rapports cliniques ou aux données sur l'immunisation. En fixant cet objectif, nous avons accordé une grande priorité à l'architecture commune des systèmes qui a été adoptée par les provinces et territoires ainsi qu'aux normes relatives aux données et aux renseignements qui permettront l'interopérabilité entre les systèmes d'information sur la santé.

Les nouveaux fonds prévus dans le budget fédéral de 2009 permettront d'accroître les investissements faits pour mettre en oeuvre et utiliser les systèmes de dossiers de santé

investments to enhance and improve standards for interoperability, and make progress on the implementation of consumer health solutions primarily in the area of patient portals.

While the country has made some significant progress on the acceleration and use of electronic health records, there is much more work that remains to be done, including work to actually establish those interfaces so that these data within these clinical systems can be optimized for use in the health care system. I remain optimistic that that certainly can be done, and should be done, and currently Inforoute is working closely with the Canadian Institute for Health Information, Health Canada, Statistics Canada, the Public Health Agency of Canada and a number of jurisdictional partners to address both technical and policy issues to optimize the investments in electronic health records, to better respond and to support the data and information needs for overall health system use.

Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Statistics Canada: Let me start by putting a few remarks on the table with respect to the first question that you have asked us to consider, and that is whether or not we have a clear set of national population health indicators and whether they are appropriate for population health policy and implementation.

The first thing I would say is that indicators are good as nice, simple numbers that you can look at or track over time, but living as I do, in the national statistical office, I have to emphasize that indicators do not just hang like apples on a tree; they require an underlying information system. Therefore, in what I am going to say I will be talking more about the information system that underlies the indicators as much as the indicators themselves.

The simple example is life expectancy. We could not have that number if we did not have a population census, and if we did not have vital event registration, particularly death registration. I think Canada has seen tremendous progress in the development of our health information systems over the last decade; for example, the launch of the Canadian Community Health Survey, the substantial growth in the Canadian Institute of Health Information and the variety of programs and administrative data sets they receive from provincial governments in particular. We are still in the early days yet, and not as far along as we ought to be in being able to assemble these administration data into patient trajectories.

The diagram that has been circulated shows this life course perspective. That is absolutely fundamental to understanding population health and various interventions. One of the simple reasons is that an intervention today may take years before it

électroniques dans les bureaux des médecins. Ils permettront également d'améliorer les normes d'interopérabilité et de faire progresser la mise en oeuvre de solutions de santé, principalement en ce qui concerne les portails destinés aux patients.

Même si notre pays a fait de grands progrès pour favoriser et accélérer l'élaboration et l'adoption des dossiers de santé électroniques, il reste beaucoup à faire, y compris créer les interfaces qui permettront d'optimiser les données consignées dans ces systèmes cliniques pour permettre leur utilisation dans le système de soins de santé. Je demeure optimiste à cet égard et je crois qu'il est possible de le faire, et qu'on doit le faire. À l'heure actuelle, Inforoute travaille en étroite collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé, Santé Canada, Statistique Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et un certain nombre de partenaires dans les provinces et les territoires pour régler des questions pratiques et politiques afin d'optimiser les investissements dans les dossiers de santé électroniques et ainsi mieux répondre aux besoins en données et en renseignements associés à leur utilisation dans le système de santé.

Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Statistique Canada : Je me permets de commencer par quelques observations qui portent sur la première question que vous nous avez soumise pour étude, c'est-à-dire si le Canada dispose ou non d'un ensemble clair d'indicateurs nationaux sur la santé des populations et si ces indicateurs sont propices à la mise en oeuvre d'une politique sur la santé des populations.

Je dirais d'abord que les indicateurs sont utiles en tant que données simples qui peuvent être examinées ou suivies dans le temps mais je me permets d'insister, au nom de ceux qui comme moi travaillent au bureau national des statistiques, sur le fait que les indicateurs ne sont pas comme des fruits suspendus à un arbre; ils exigent d'avoir un système d'information sous-jacent. Par conséquent, je parlerai autant, sinon plus, du système d'information sous-jacent aux indicateurs que des indicateurs à proprement parler.

Prenons par exemple l'espérance de vie. Nous ne pourrions connaître cette donnée si nous n'avions pas de recensement de la population et si nous n'avions pas les données sur l'état civil, tout particulièrement les registres de décès. Je pense que le Canada a fait d'énormes progrès pour ce qui est du développement de ses systèmes d'information sur la santé au cours des 10 dernières années; on n'a qu'à penser à la création de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, à la croissance importante de l'Institut canadien d'information sur la santé et aux divers ensembles de données administratives et de programme fournis au Canada par les gouvernements provinciaux en particulier. Nous n'en sommes qu'aux balbutiements et n'avons pas encore fait tout le chemin qu'il aurait fallu pour pouvoir rassembler ces données administratives en des « parcours » de patients.

Le diagramme qui vous a été distribué illustre l'optique du cycle de la vie. Il est absolument essentiel de tenir compte de cycle de la vie pour comprendre la santé de la population et l'incidence des différentes interventions au fil du temps. Cela s'explique tout

plays out; things such as physical activity or smoking. It is well known that those are cumulative in their effects or they take a long time to manifest.

One of the other important advances I would note that is particularly pertinent to the question of disparities is that we recently completed a linkage of the 1991 census to death records, a mortality follow-up funded by the Canadian Population Health Initiative. That will give us an unprecedented opportunity, and we have already started to analyze in much more depth the extent and character of disparities in the country.

That is the good news. The other part I wanted to say a word or two about is the future. I believe there are still major gaps in our health information system. One of my hobbies is microscopy so I cannot help making a metaphor. If one thinks about the revolutionary effect that the invention of the microscope had on all sorts of ways that we perceive the world, the whole idea of microbes was not there before the microscope was invented and people could see things. We are seeing it lately in astronomy, as new kinds of telescopes are invented. The fundamental importance I want to highlight is that of the kind of observational tools that we have. The observational tools we have in the area of population health are still nascent. They are not nearly strong enough, I think, to really serve the needs of a comprehensive and thorough-going policy. I will give one example recently of exploiting the data that is emerging in trying to understand things.

Infoway is a potential major contributor with the electronic health record. The idea is having dense observations so that one can exploit natural experiments. What I mean by that is that it is expensive to do randomized trials, and by and large they are not feasible, but we have in this country, because of the nature of the confederation, all kinds of different policies implemented in different parts of the country and we should be able to learn from that variety of policies.

One example of note is that there are a couple of researchers funded by the Canadian Institutes for Health Research, or CIHR — Lynn McIntyre and Valerie Tarasuk — who are looking at food insecurity across the country. One of the questions is what is the role of social assistance or EI in those kinds of things? We cannot do an experiment but we have got to the point, at least with the Canadian Community Health Survey and other data, that there is enough density of observation that one can begin to look at whether there are correlations between the prevalence of

bonnement parce qu'un geste posé aujourd'hui peut ne pas transparaître avant des années, si on pense par exemple à l'activité physique ou au tabagisme. C'est bien connu que ces comportements ont des effets cumulatifs sur la santé ou que leurs effets prennent un certain temps avant de se manifester.

Une des autres percées importantes dont j'aimerais parler et qui se rapporte tout particulièrement à la question des disparités, c'est que nous avons réussi récemment à faire le lien entre le recensement de 1991 et les registres de décès, c'est-à-dire un suivi de la mortalité, si on veut, financé par l'Initiative sur la santé de la population canadienne. Ces données nous offrent des possibilités sans précédent, et nous avons déjà commencé à analyser de manière beaucoup plus approfondie l'étendue et la nature des disparités relevées au pays.

Voilà pour les bonnes nouvelles. D'autre part, je voudrais aborder la question du futur. Je suis d'avis que notre système d'information sur la santé comporte encore des lacunes importantes. Dans mes temps libres, je m'adonne à la microscopie et je ne peux m'empêcher de faire une analogie. Si on pense à l'effet révolutionnaire qu'a eu l'invention du microscope sur nos perceptions du monde, on constate notamment que toute l'idée des microbes n'existait pas avant l'invention du microscope et avant que les gens ne puissent voir ces choses. On pourrait en dire autant de nos jours de l'astronomie, qui subit des changements au fur et à mesure que se développent de nouveaux télescopes. L'importance fondamentale que je cherche à mettre en lumière est celle des outils d'observation qui sont à notre disposition. Les outils d'observation dont nous disposons dans le domaine de la santé de la population sont encore à l'état naissant. Ils sont loin d'être assez solides, selon moi, pour réellement répondre aux besoins d'une politique rigoureuse et exhaustive. Je vous ferai part d'un exemple de l'exploitation récente de ces nouvelles données pour tenter de mieux comprendre les choses.

Infoway a le potentiel d'apporter des contributions très importantes du point de vue du dossier de santé électronique. L'idée est de procéder à des observations condensées pour pouvoir ensuite tirer profit de l'expérimentation naturelle. Ce que j'essaie de dire, c'est qu'il est onéreux de procéder à des essais sur échantillons aléatoires et, de façon générale, ces essais ne sont pas possibles. Toutefois, en raison de la nature de la confédération, nous avons au Canada toutes sortes de politiques mises en œuvre dans différentes parties du pays, et celles-ci devraient pouvoir nous en apprendre.

Je vais vous citer l'exemple intéressant de ces deux chercheuses financées par les Instituts de recherche en santé du Canada, ou IRSC — Lynn McIntyre et Valerie Tarasuk. Celles-ci font des recherches sur la question de l'insécurité alimentaire partout au pays. Elles cherchent notamment à déterminer le rôle joué à ce chapitre par l'aide sociale ou l'assurance-emploi. Nous ne pouvons soumettre ce genre de question à l'expérimentation, mais nous en sommes rendus au point où, du moins grâce à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et à

food insecurity — obviously an important part of population health — and different social programs, levels of generosity or whatever, across time and space in Canada.

I will close there to say that there is a kind of example or hint of where we ought to be going in the information world.

The Chair: Thank you very much, Michael. Mr. Berthelot has been waiting to speak.

Jean-Marie Berthelot, Vice-President of Programs, Canadian Institute for Health Information: I want to build on Michael's introductory speech. It is important to acknowledge that when we work in partnership in Canada, we get great success. Canada Health Infoway is effectively having great success with implementing electronic health records and we should keep this in mind regarding the implementation of a proper information structure for population health.

You have the key partners around the table. You have the Canadian Urban Public Health Network, CIHI, Canada Health Infoway, Statistics Canada, Public Health Agency of Canada, Health Canada, and the municipalities. It is important to work together in partnership more. I know there is a question about changes in legislation, but it is important to have more partnership, and in finding out what is good in that for us as a nation. It is really the way to actively build the infrastructure. There is long experience in Canada of doing that.

The only thing that CIHI does is through partnership. We do not have any legislative mandate such as Statistics Canada does. Therefore we need to build systems that are meaningful and useful to the policy-makers, decision-makers and managers of the health care system and public health officials for population health intervention. I want to add on to Michael's comments that partnership is key here.

The Chair: There is a question in there about the Community Accounts, and our committee had the interesting experience of having a first-hand look at Community Accounts. It would be timely, though I do not want to direct the discussion too much, to ask Alton Hollett to talk about Community Accounts now because my simplistic surgical mind has come to the conclusion that here is a model that could be exploited, or at least similar models developed at the community level.

The reason I circulated this diagram to all of you is that I want your help. This is a work in progress; it changes every time it gets circulated. It does embrace two principles: that is the principle of horizontal integration of all the determinants of health as a platform, and the life course sitting on this platform. Eventually, as Mr. Wolfson just said, we will be in a position where we have longitudinal information. It will be great when that day comes. I do not know how far away it is, but it will be wonderful.

d'autres données, l'observation est telle qu'il est maintenant possible de commencer à établir des corrélations entre la prévalence de l'insécurité alimentaire — qui représente bien entendu un aspect important de la santé de la population — et différents programmes sociaux, niveaux de générosité ou je ne sais quoi d'autre, dans le temps et dans l'espace au Canada.

Je m'arrêterai ici mais voilà un exemple qui illustre la voie que nous devrions emprunter en ce qui a trait à l'information à notre disposition.

Le président : Merci beaucoup, Michael. M. Berthelot aimerait dire quelque chose.

Jean-Marie Berthelot, vice-président, Programmes, Institut canadien d'information sur la santé : Je veux emboîter le pas à Michael. Il est important de reconnaître que nous réussissons à faire beaucoup de choses quand nous travaillons en partenariat au Canada. Inforoute Santé du Canada connaît actuellement un grand succès grâce à la mise en œuvre des dossiers de santé électroniques, et nous devrions nous en inspirer pour ce qui est de la mise en œuvre d'une structure adéquate d'information en matière de santé de la population.

Tous les partenaires clés sont assis autour de la table. Vous avez le Réseau canadien pour la santé urbaine, le RCSU, Inforoute Santé du Canada, Statistique Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada et les municipalités. Il est important d'étendre davantage les partenariats. Je sais qu'il a été question de modifier les lois, mais il est important d'avoir davantage de partenariats et de trouver des façons d'en faire profiter notre pays. C'est là la véritable façon d'élaborer activement l'infrastructure. Le Canada est fort de ce genre d'expérience.

Tout ce qui est entrepris par le RCSU se fait en partenariat. Aucun mandat ne nous est conféré par la loi, contrairement à Statistique Canada. Par conséquent, il nous faut établir des systèmes sensés et utiles dont se serviront les décideurs, les gestionnaires du système de soins de santé et les responsables de la santé publique en ce qui a trait aux interventions liées à la santé de la population.

Le président : Il y a dans la liste une question à propos des comptes communautaires, que les membres du comité ont eu l'occasion d'examiner directement, ce qui fut très intéressant. Il serait utile, bien que je ne veuille pas trop orienter la discussion, de demander à Alton Hollett de parler tout de suite des comptes communautaires, parce que mon esprit simpliste de chirurgien en est venu à la conclusion qu'il y a là un modèle à reproduire, du moins au niveau communautaire.

Je vous ai distribué ce diagramme parce que je veux votre aide. Sa forme n'est pas encore définitive et change chaque fois que le document est distribué. Deux principes y sont illustrés : celui de l'intégration horizontale de tous les déterminants de la santé en tant que plate-forme, et celui du cycle de la vie qui repose sur cette plate-forme. Comme vient tout juste de le dire M. Wolfson, nous en viendrons un jour à disposer de renseignements « longitudinaux ». Je ne sais pas si ce jour est encore loin, mais c'en sera un merveilleux.

Having said that, I have already talked too much. Mr. Hollett, would you please enlighten us?

Alton Hollett, Assistant Deputy Minister, Economics and Statistics Branch, Newfoundland and Labrador Department of Finance: For such a group, that is an onerous request, Dr. Keon.

What I would say about our work — as I thought about what you are trying to achieve — is that where you go with a national system depends a lot on what you want to provide to people, to what extent you want to engage them, and what kind of questions you want to answer. That is where we began with the community accounts. It stemmed from a couple of things.

Some time ago, I worked with a colleague, Doug May — whom you may know — and we realized that in Newfoundland and Labrador what most people were interested in is information about their own communities. It is what they know best and what they are interested in. If you live in Fogo, you are not interested in what is happening in Port aux Basques, so tell us about Fogo. If you try to talk to our government about what is happening in the province as a whole, they are not interested. They want to hear about Fogo.

We recognized the significant scarcity of data there. There is a lot of data around — on the shelves, with statistics agencies of our own and Statistics Canada and elsewhere — but there was a huge gap in terms of getting it out.

In some sense, there are two orders of gaps right now. One is what is there, still kicking around our statistics agencies, which is not being shared. Also, as we refine our thinking around those things, we realize there are gaps there that must be addressed. They do not exist in techniques and methods to achieve that.

Where we began, moving on from a personal interest, as researchers we were drawn into what our province had as a strategic social plan where they wanted to do some lofty things. One of them was a social audit, and we got drawn into that. That was an interesting experience which is no longer being pursued. However, as part of what we did, we saw that there was a need for community-based data that would be useful to people. Our interpretation of what the strategic social plan needed was base-line data set. We saw a twofold purpose. You could put in place a base line data set that would have appeal to people in communities.

I am no expert on health, but I do have some degree of expertise in terms of sharing data with people in communities because we have had it out there now for a number of years. We know what it takes to do it. We know what it takes to maintain it. We know what it takes to have credibility in it. We know what it takes for that data to have value to people in communities. We

Cela étant dit, je me suis déjà trop étendu. Monsieur Hollett, pourriez-vous nous éclairer?

Alton Hollett, sous-ministre adjoint, Direction de l'économie et de la statistique, ministère des Finances de Terre-Neuve-et-Labrador : Pour un groupe comme celui-ci, ce ne sera pas une mince affaire, docteur Keon.

Ce que je dirais à propos de notre travail — du point de vue de ce que vous tentez de réaliser —, c'est que la voie dans laquelle vous vous engagerez pour élaborer votre système national dépendra beaucoup de ce que vous souhaitez offrir aux gens, de la mesure dans laquelle vous souhaitez obtenir leur participation, des questions auxquelles vous voulez répondre. Voilà ce sur quoi nous nous sommes fondés pour les comptes communautaires; nous nous sommes inspirés de quelques petites choses.

Il y a quelque temps, j'ai travaillé avec un collègue, Doug May — que certains d'entre vous connaissent peut-être — et nous nous sommes rendu compte que dans la province de Terre-Neuve-et-Labrador, ce qui intéressait la plupart des gens, c'était d'obtenir de l'information à propos de leurs propres communautés. Voilà ce qu'ils connaissent le mieux et ce qui les intéresse. Si vous vivez à Fogo, vous n'êtes pas intéressé par ce qui se passe à Port aux Basques, mais bien par ce qui se passe à Fogo. Si vous tentez d'aborder les enjeux en présentant le portrait de la province dans son ensemble, rien ne va plus. Ces gens veulent entendre parler de Fogo.

Nous avons constaté la rareté des données du genre. Il existe à l'heure actuelle beaucoup de données — sur les tablettes, dans les agences de statistique provinciales, à Statistique Canada et ailleurs —, mais celles-ci ne sont souvent pas connues des autres ni diffusées.

D'une certaine façon, on peut dire que nous avons deux gros problèmes. Il y a d'abord les données existantes qui gisent du côté des agences de statistique et qui ne sont pas partagées. Ensuite, au fur et à mesure que mûrit notre réflexion, nous constatons d'autres lacunes qui doivent être comblées, en dépit des techniques et des méthodes existantes.

Laissant les intérêts personnels de côté, comme chercheurs, nous avons d'abord été attirés par le plan social stratégique de notre province, qui cherchait à accomplir des choses nobles. L'une d'elles était une vérification sociale, un concept attrayant. Ce fut une expérience intéressante qui a depuis été abandonnée. Toutefois, ce faisant, nous avons pu constater un besoin au niveau des données communautaires et l'utilité de ce type de données. Selon notre interprétation du plan social stratégique, nous avons déterminé qu'il fallait un ensemble de données de référence, qui remplirait un double objectif, celui de créer un ensemble de données de référence dont pourraient se servir les gens au niveau communautaire.

Je ne suis pas un spécialiste de la santé, mais je possède une certaine expertise en ce qui a trait au partage de données au niveau communautaire, parce que nous le faisons déjà depuis un certain nombre d'années. Nous savons ce qu'il faut pour y parvenir. Nous savons ce qu'il faut pour en assurer le maintien. Nous savons ce qu'il faut pour établir une crédibilité à cet égard.

also know how easy it is to go half a degree one way or the other and do something that can ruin the whole business so that people will no longer find it appealing.

A key thing that people here need to think about, and your committee, Dr. Keon, is the type of questions we want to answer. I do not mean specifically the data we want to have entered, but do we want to have something on diabetes and something on cancer, that sort of thing. That would be relevant.

We need to consider what sort of information we want to put out there, presuming that we want to be helpful, not only to people in laboratories, clinicians and people in statistics agencies but to people in communities where the real issues and health problems are. In many cases we also need an understanding as to the extent that we are not dealing with scientifically technical issues.

I sometimes tell the story about when you get a bunch of senior officials inside our bureaucracy working on an issue, and the premier says we must think about the integration of social and economic development, then there is a big discussion on what the hell that means. When will they ever stop talking about those silly ideas that nobody really understands?

Go into a community where the fishery has collapsed and families are breaking up, without enough income to fix the hole in the roof of the house, and someone down the street has a drinking problem, and so on. They have a clear understanding of what social and economic issues and integrating that means. What we tried to do there is to develop something that would be useful to people at the community level, but we still need the best standards that the resources we have available to us allow us to put out there. That is a fundamental issue for this group.

I have a couple of more things I would say. Sometimes we followed our instincts on things, and sometimes we found that those instincts are best not to be followed. At other times, we followed our instincts and were pleasantly surprised.

The Community Accounts was an example of one situation where we were pleasantly surprised. When Dr. May first developed the conceptual framework, he took a well-being approach. In many quarters, that would be seen as a touchy-feely kind of a concept and an issue that some people would dismiss as being the soft stuff that professional economists and people who want to do something that they can get their teeth into should not be playing around with, but it seemed sensible to us because people in communities would be interested in education, health and in sustainability as it relates to demographics and who is working, and so on. We thought that was the way to go. We thought of it in terms of a framework

Nous savons ce qu'il faut pour conférer une importance à ces données aux yeux des membres des communautés. Nous savons également à quel point il est facile de faire un pas de trop dans une direction ou une autre et risquer ainsi de tout gâcher, de perdre l'intérêt des gens.

Une des choses importantes sur lesquelles il faut s'arrêter — et ceci s'applique aux membres de votre comité également, docteur Keon —, ce sont les types de questions auxquelles on veut répondre. Je ne parle pas ici précisément des données qu'il convient de consigner; il s'agit plutôt de déterminer si on veut établir quelque chose sur le diabète et aussi sur le cancer, par exemple. Voilà ce qui serait utile.

Il nous faut examiner quels types de renseignements nous sommes prêts à partager, en partant du principe de leur utilité, tant du point de vue du personnel de laboratoire, des cliniciens et des statisticiens que pour des gens dans les communautés, où se vivent les vrais enjeux et les vrais problèmes de santé. Dans de nombreux cas, il nous faut également déterminer quelles sont les questions techniques d'ordre scientifique et quelles sont les autres.

Je cite souvent en exemple les situations où le premier ministre réunit des hauts responsables afin d'étudier une question et leur demande de réfléchir à l'intégration du développement social et économique, après quoi il s'ensuit une longue discussion où tous s'interrogent sur le sens véritable de cette notion. Quand cessera-t-on de soulever toutes ces notions absurdes que personne n'arrive réellement à comprendre?

Il suffit de se rendre dans une communauté où le secteur des pêches vient de s'effondrer et où les familles éclatent, notamment parce qu'il n'y a pas assez d'argent pour réparer le trou dans la toiture ou qu'un des leurs tente de noyer ses soucis dans l'alcool et ainsi de suite. Ces personnes comprennent clairement les enjeux sociaux et économiques et savent ce que signifie l'intégration. Donc ce que nous avons tenté de faire, c'est d'élaborer quelque chose d'utile au niveau communautaire, tout en établissant les meilleures normes possible compte tenu des ressources à notre disposition. Voilà un enjeu fondamental auquel doit s'attarder ce groupe.

J'aurais encore quelques petites choses à dire. Il nous est arrivé de suivre notre instinct. Nous avons appris que ce n'est pas toujours une bonne idée. Heureusement, nous avons parfois été agréablement surpris.

Par exemple, nous avons été agréablement surpris par les comptes communautaires. Lorsque le Dr May a d'abord élaboré le cadre conceptuel, il a fondé son approche sur le bien-être. Dans bien des milieux, on y verrait là un concept un peu trop axé sur l'émotion et une question que d'aucuns qualifieraient de frivole, bref une approche à laquelle les économistes professionnels et les personnes à la recherche de rigueur devaient renoncer. Toutefois, cette approche nous paraissait sensée parce que les gens dans les communautés s'intéressent aux liens entre l'éducation, la santé et l'environnement, par exemple, et la démographie, le marché du travail et ainsi de suite. Nous étions d'avis que c'était la voie à suivre. Nous avons imaginé le tout sous forme de cadre à

whereby these things contribute to well-being, and provide indicators of well-being, and of course data around these various domains, and so on.

The key reason we pursued it at the time was not because of the academic underpinnings of it. It was because it seemed to be what people needed. When we tested it, it seemed to be what people really could identify with and found useful in their community.

We are overjoyed to be working recently with colleagues in Australia and the OECD. We are aware of the commission that President Sarkozy has set up. They have an eminent group — some of the best minds in the world — working and moving in the same direction in terms of getting beyond GDP and trying to talk about well-being from a perspective that takes in more information and aspects of life and society than just GDP. They are not dismissing it; they are trying to refine it and put it all in context.

Basically, that is the approach that we have taken. Initially, we started off talking about almost pieces that you would think of as core determinants of health. From there we brought in the production economy and began to show in our production accounts — which we have not released yet but will — where you look at the various elements of production processes, but then you relate that back to how individuals fit into that process.

The simple-minded gaps that we were sometimes seeing were that GDP was being dismissed as something that did not tell you anything, but not realizing that the man or the woman next door helps in that production process. There are feedback mechanisms such as income that workers receive that contributes to their well-being, so we brought that in. We have recently brought in the natural resources, built capital, knowledge capital, et cetera.

I will probably be judged as arrogant, but in our discussions, Dr. May and I have come to believe that in the Sarkozy work being done by these great minds, they are doing all the right things and going in the same direction as we are, but they have not brought it together in the way that we have. I am not saying that it is perfect, but I will say that it is a darned good piece for someone who knows what they are doing to pull apart.

We would argue that what we have there is very useful for a wide variety of purposes. I would argue that there are not too many people who come up with a concept they want to report on that does not, and cannot, fit into the framework that we developed.

Why do I talk so much about frameworks? We learned this the hard way. You need to allow people the ability to query the data. If you write a macro on this thing, you get out some numbers; if you find the database and you have the time and patience and are not too old, you can scratch and crawl your way through it and find a number that is of some use today. That is okay for people in universities and people in my statistics agency; it is okay for

l'intérieur duquel ces éléments contribuent tous au bien-être et en fournissent des indicateurs, auxquels s'ajoutent des données connexes et ainsi de suite.

Notre démarche n'avait pas de prétentions intellectuelles. Nous avons emprunté cette voie à l'époque parce que ce cadre semblait répondre à un besoin de la population. Lorsque nous l'avons mis à l'essai, les gens semblaient réellement pouvoir s'y reconnaître et s'en servir dans leurs communautés.

Nous nous réjouissons d'avoir commencé depuis peu à travailler avec des collègues de l'Australie et de l'OCDE. Nous nous intéressons à la commission créée par le président Sarkozy, qui a réuni un groupe de penseurs — certains des plus éminents cerveaux du monde — qui orientent leurs travaux de manière à voir au-delà du PIB et discutent du bien-être en tenant compte d'autres renseignements et caractéristiques vitales et sociétales qui s'ajoutent au PIB. Sans nier son importance, ils tentent d'en arriver à quelque chose de plus précis et de tout mettre en contexte.

Au fond, c'est l'approche que nous avons adoptée. Au départ, nous avons examiné ce qui semblait être les principaux déterminants de la santé. Ensuite, nous nous sommes penchés sur l'économie de production et avons entrepris de créer nos comptes de production — qui n'ont pas encore été rendus publics mais qui le seront —, dans lesquels on tient compte du rôle joué par les divers éléments des processus de production, en les rattachant ensuite à leur dimension humaine.

Nous avons parfois été confrontés à des raisonnements simplistes voulant que le PIB ne soit indicateur de rien, alors qu'il ne faut pas oublier que l'homme ou la femme à côté de vous participe à ce processus de production. Il existe des éléments d'information, comme le revenu gagné par les travailleurs, qui contribue au bien-être de ces personnes, alors nous les avons ajoutés. Nous avons récemment ajouté les ressources naturelles, le capital bâti, le capital de savoir et d'autres choses encore.

Je vais peut-être paraître arrogant, mais dans nos discussions, le Dr May et moi-même en sommes venus à croire que toutes ces têtes réunies à la demande du président Sarkozy font toutes les bonnes choses et se dirigent dans le même sens que nous, mais qu'elles ne sont pas encore parvenues à tout intégrer comme nous avons réussi à le faire. Je ne dis pas que notre modèle est parfait, mais je suis d'avis que c'est un modèle solide que même les spécialistes en la matière auraient du mal à attaquer.

Nous dirions que nous avons là un outil très utile à bien des égards. Je dirais que le cadre que nous avons établi permet de concilier presque toutes les dimensions imaginables, susceptibles d'intéresser les gens.

Vous vous demandez pourquoi je parle autant de cadres? Nous avons appris bien des choses à nos dépens. Il faut donner aux gens la capacité d'interroger les données. Si vous élaborez une macro, vous obtiendrez quelques chiffres; si vous trouvez la base de données et que vous avez du temps et de la patience et que vous êtes encore assez jeune, vous pouvez vous frayer un chemin à travers les données et en repérer un certain nombre qui se

Michael Wolfson if he has time before he leaves Statistics Canada — he spent his life at it — but for people in the community, that does not work.

Therefore, the approach that is implicit in what we did is that we wanted to present data in a manner that, first, reflected people's lives and, second, was intuitive for getting at that data. If someone wants to know about health, they do not need to be a clinician or researcher or have a degree in medical research; all they need to know is that they want something on health. If they hit that button, it begins to tell you things, but we used the academic constructs when we built the data in there. We drew upon proper ways in which professionals think about these various aspects and factors so as to answer the questions before they are asked by what we provide, and I think that makes it quite useful.

I make two summary comments on the Community Accounts. First, it works for us and we are happy with that. It is time-proven. It has been something that communities use and appreciate, and we are finding more and more that that is the case: everything from increasingly deeper entrenchment into bureaucratic processes, entrenchment into our medical schools, entrenchment into practitioners' actions — I am talking from the health perspective — but also developers, et cetera.

I do not know a lot of people around this table, but I know Dr. Neudorf has done very good work, and there are other people here whose work I am familiar with. You have done things your way. It is time to have a second look and see which way things are heading on an international basis. A lot of work is being done these days that will set the scene for the next 35 or 40 years. This committee needs to take a look at that second wind; it is not complicated or difficult to do. Then we decide what kind of questions we want answered: in other words, do we want to engage people in communities, and what are good ways to do that.

I have been invited to speak so many times about the Community Accounts now that, to be honest, I am getting tired of hearing the same questions about all the barriers — what are the right indicators, where would you get the data, how would you link the data. We need a vision as to what will be useful to people so we can create this medium of communication between the people with the issues to be solved and the people, such as Statistics Canada or CIHI, trying to create the data and the people trying to figure out exactly what kind of things need to be looked at in all these various domains.

The Chair: Thank you very much, Mr. Hollett. You have covered the waterfront.

révéleront utiles. Tout cela est bien beau pour les universitaires et les statisticiens. Ce n'est pas un problème pour Michael Wolfson, s'il a encore le temps de le faire avant de quitter Statistique Canada — il y a consacré sa vie —, mais au niveau communautaire, ça ne fonctionne pas.

Par conséquent, la démarche sur laquelle repose le travail que nous avons accompli vise à présenter les données de manière à ce que, d'abord, elles rendent compte de la vie des gens et que, deuxièmement, on puisse y accéder de façon intuitive. Si vous voulez avoir de l'information sur la santé, vous n'avez pas besoin d'être clinicien ou chercheur ou d'avoir un diplôme en recherche médicale; tout ce que vous devez savoir, c'est que vous voulez trouver des données sur la santé. Si vous enfoncez ce bouton, vous commencez à obtenir de l'information. Mais nous nous sommes fondés sur des constructions théoriques pour y intégrer les données. Nous nous sommes inspirés de ce que les professionnels estiment être les façons appropriées de présenter ces divers aspects et facteurs pour que ce que nous offrons puisse répondre aux questions avant qu'elles ne soient posées. Et je pense que c'est très utile.

Je fais deux observations sommaires sur les comptes communautaires. Tout d'abord, ça fonctionne bien pour nous et nous en sommes contents. Ils sont reconnus depuis longtemps. Les collectivités les utilisent et les apprécient, et nous en avons de plus en plus la preuve. En effet, ils sont de mieux en mieux enracinés dans les processus bureaucratiques, dans les méthodes de nos écoles de médecine, dans les pratiques des spécialistes — je parle ici du point de vue de la santé — mais aussi chez les développeurs, entre autres.

Je connais peu de gens autour de cette table, mais je sais que le Dr Neudorf a fait du très bon travail, et j'ai une bonne connaissance de ce que d'autres personnes présentes aujourd'hui ont accompli. Vous avez fait les choses à votre façon. Mais il est temps de jeter un coup d'œil à ce qui se passe à l'échelle internationale. Beaucoup de ce qui se fait aujourd'hui ouvrira la voie à ce qui se fera au cours des 35 ou des 40 prochaines années. Le comité doit profiter de ce second souffle; ce n'est pas compliqué ni difficile à faire. Ensuite, nous déterminons le genre de questions auxquelles les données doivent répondre : en d'autres mots, voulons-nous solliciter la participation de la population dans les collectivités, et quelle est la meilleure façon de le faire?

J'ai été invité tellement souvent à parler des comptes communautaires que, pour être honnête avec vous, j'en ai assez d'entendre les mêmes questions sur tous les obstacles — quels sont les bons indicateurs? D'où proviendraient les données? Comment procéderiez-vous pour coupler les données? Nous devons avoir une certaine idée de ce qui serait utile pour la population, afin de pouvoir créer ce mode de communication entre les gens qui ont un problème à régler, les gens, comme à Statistique Canada ou à l'Institut canadien d'information sur la santé, qui cherchent à créer les données et les gens qui essaient de déterminer exactement sur quels éléments il faut se pencher dans tous ces différents domaines.

Le président : Merci beaucoup, monsieur Hollett. Vous avez fait le tour de la question.

Karen Dodds, Assistant Deputy Minister, Health Canada: The first question asks about national population health indicators and health disparities. I have had the benefit of being at the World Health Assembly in Geneva with all the member countries of the World Health Organization, and it really hits home there that oftentimes we think of health as being critically important to people as individuals, but also, as we sit around this table, we recognize how important it is to a country. You might summarize some of our discussion about the socio-economic determinants of health as “wealth is health,” but when you go to the WHA, there are people there, delegates from countries in Africa, who literally wear shirts printed with “health is wealth.” It hits home how fortunate we are here.

I started my career as a research scientist in an area where I needed lots of data, and the value of data hit me at that time. You spend more usually in the collection of data than you do in the subsequent use, transposition, et cetera, of data. I have a policy that I repeat with people time after time: collect data once; use it many, many times. I think one of the things the committee can do, and Mr. Hollett has made this clear in his comments as well, is to be very clear that data must be used and must be available.

For health, when you look at your horizontal scheme, there is a wide variety of influences into health. We need data from a huge domain of areas. This committee can speak strongly about the need for data and the need for people to have access to that data, and for it to be used many times.

In Canada, on health disparities, the example that is most often raised to us or that most often comes to us, and at Health Canada the one we address most, is the health disparities between the Canadian population at large and the population of First Nations and Inuit people in Canada, and that is an important gap to address. However, as the Canadian population becomes increasingly diverse, we will need more data as well to identify health inequalities and health gaps that we do not presently know exist or on which do not have that same level of clarity.

There have been studies, and I think StatsCan has been involved in some of them, where if you correct for socio-economic status with First Nations and Inuit health, they have the same kind of health indicators as those outside the First Nations and Inuit community with the same socio-economic status. In other words, there are health inequalities in Canada that do not come to our attention all the time.

It is an area, and I repeat what colleagues have already said, where we are making excellent progress. It was the first I had seen of the Community Accounts in Newfoundland, and I think it is an excellent example. Mr. Smith has already shared with me some of what he is doing in Manitoba with their health research data repository. At the federal and national level, people have talked

Karen Dodds, sous-ministre adjointe, Santé Canada : La première question porte sur les indicateurs nationaux de la santé des populations et les disparités en matière de santé. J'ai eu la chance d'assister à l'Assemblée mondiale de la santé à Genève à laquelle prenaient part tous les pays membres de l'Organisation mondiale de la santé. Assis à cette table, on comprend bien une chose : nous pensons souvent que la santé revêt une importance cruciale pour les personnes, mais elle est tout aussi importante pour les pays. On pourrait résumer en partie notre discussion sur les déterminants socio-économiques de la santé en disant « la richesse, c'est la santé ». Or, il y a des gens à l'Assemblée mondiale de la santé, des représentants des pays africains, qui portent des chemises sur lesquelles on peut lire « la santé, c'est la richesse ». On se rend compte à quel point on est chanceux d'être ici.

J'ai commencé ma carrière comme chercheuse dans un domaine où j'avais besoin de beaucoup de données, et c'est là que j'ai compris l'importance des données. Habituellement, on dépense plus d'argent pour la collecte des données que pour l'utilisation qui en est faite par la suite, pour leur transposition, « et cetera ». J'ai une ligne de conduite que je répète sans cesse aux gens : il faut recueillir les données une fois, et les utiliser encore et encore. À mon avis, l'une des choses que le comité peut faire, comme M. Hollett l'a indiqué clairement dans son exposé, c'est de bien comprendre que les données doivent être utilisées et qu'elles doivent être disponibles.

Pour ce qui est de la santé, en regardant votre plan horizontal, on constate qu'un large éventail de facteurs influe sur la santé. Nous avons besoin de données provenant d'un grand nombre de domaines. Votre comité peut insister sur la nécessité d'avoir ces données et sur la nécessité pour les gens d'y avoir accès, et sur le fait qu'elles doivent être utilisées à maintes reprises.

En ce qui concerne les disparités en matière de santé au Canada, l'exemple qui est le plus souvent porté à notre attention ou que nous constatons le plus souvent, et que nous étudions le plus à Santé Canada, est celui des disparités entre la population canadienne en général et la population des Premières nations et des Inuits. C'est un écart important auquel il faut s'attaquer. Cependant, comme la population canadienne est de plus en plus diversifiée, il va nous falloir aussi plus de données pour repérer les inégalités et les écarts en santé dont nous ne soupçonnons pas encore l'existence ou à propos desquels nous n'avons pas autant de détails.

Selon des études réalisées, dont certaines ont bénéficié de la contribution de Statistique Canada, si on apporte une correction relativement à la situation socio-économique des Premières nations et des Inuits en ce qui touche la santé, on constate que ces populations ont les mêmes indicateurs de santé que la population non autochtone dont la situation socio-économique est la même. En d'autres mots, il y a des inégalités en santé au Canada qui nous échappent parfois.

Comme l'ont déjà dit mes collègues, c'est un domaine où nous faisons beaucoup de progrès. C'est la première fois que j'entends parler des comptes communautaires à Terre-Neuve, et je pense que c'est un excellent exemple. M. Smith m'a déjà parlé de ce qu'il fait au Manitoba avec le dépôt de données sur la santé de la population. Au niveau fédéral et national, on discute du fait que

about the fact that partnerships that we do have, such as CIHI, Infoway, the Public Health Agency, the Canadian Population Health Initiative, have worked on population health indicators and frameworks, but we are still missing much and there is much to do.

I will jump for a moment right to the bottom question — intervention and research. It did not take long on the job for me to say that this is an area that we are missing as an area of work — and I do not think it is just in Canada but around the world. I am not just talking about evaluating the outcomes of interventions. I am talking about actual research, comparing interventions as being something that is needed.

Also, with respect to children, this is often an issue when doing a census: how much data do you want on children? However, medically and scientifically we are learning so much more about things that impact children that have life-long effects that we need more data on children, recognizing how critically important that life stage is to the whole life course of us as individuals and of a population.

The Chair: Thank you, Ms. Dodds. Dr. Neudorf.

Dr. Cordell Neudorf, Chief Medical Health Officer, Saskatoon Health Region: I wanted to build on some of the comments from the Community Accounts question and Mr. Hollett's presentation.

Throughout the country there has certainly been a few places where some natural experiments are taking place with respect to responding to the needs of the various people who need this kind of access to broad-based data for population health analysis, decision-making, program and policy work. It would be interesting to get those few places together to be able to really look at what questions they were trying to answer, as Mr. Hollett has said, how the system has been set up in such a way as to answer those questions, what are the pros and cons and the lessons they have learned, to see if we can build a best-of-breed solution. That does not mean we have to necessarily have a single solution across Canada but, in learning from one another, hopefully these systems can talk to one another and we can build something better out of all of this.

One of the things we found in our approach in Saskatoon is that we were getting requests from three different levels for this type of information. One such request was from the research community, which needs a very different type of access tool. Mr. Smith can speak to what Manitoba has done to focus on that niche.

We have been getting many requests from the community. The type of system that Newfoundland has pulled together with Community Accounts, which has an intuitive feel, is a great example of how to present data in a way that the public can understand.

les partenariats que nous avons établis, comme avec l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Inforoute, l'Agence de la santé publique et l'Initiative sur la santé de la population canadienne, ont permis de travailler sur les cadres et les indicateurs de la santé des populations, mais il nous manque beaucoup d'éléments et il nous reste beaucoup à faire.

Je vais sauter à la dernière question — recherche sur les interventions. Une fois en poste, il ne m'a pas fallu longtemps pour constater que c'est un domaine de travail qui nous manque — et je pense que la situation est la même non seulement au Canada, mais partout dans le monde. Je ne fais pas seulement allusion à l'évaluation des résultats des interventions. Je parle de la recherche même, qui permet de comparer des interventions en les considérant comme un élément dont nous avons besoin.

Par ailleurs, en ce qui concerne les enfants, lorsqu'on fait un recensement, on s'interroge souvent sur la quantité de données qu'il faut recueillir. Cependant, sur les plans médical et scientifique, comme nous en savons tellement plus sur des éléments qui ont des répercussions sur toute la vie des enfants, nous devons disposer de plus de données sur les enfants, et reconnaître l'importance cruciale de cette étape de la vie dans le parcours de vie des personnes et d'une population.

Le président : Merci, madame Dodds. Docteur Neudorf.

Dr Cordell Neudorf, médecin-conseil en chef, Régie régionale de la santé de Saskatoon : Je voulais compléter certains des commentaires qui ont été formulés à l'égard de la question sur les comptes communautaires et ce que M. Hollett a dit dans son exposé.

Il y a certainement quelques endroits au pays où l'on essaie tout naturellement de répondre aux besoins des gens qui doivent avoir accès à des données diversifiées pour faire des analyses sur la santé de la population, pour prendre des décisions et pour mener à bien leur travail dans le domaine des programmes et des politiques. Ce serait intéressant de rassembler des responsables de chacun de ces endroits pour pouvoir examiner en profondeur les questions auxquelles ils ont essayé de répondre, comme le disait M. Hollett, le genre de système qu'ils ont établi pour répondre à ces questions, les avantages et les inconvénients qu'ils ont observés ainsi que les leçons qu'ils ont tirées, pour voir s'il est possible de mettre en place la meilleure solution. Cela ne veut pas dire qu'il faudrait nécessairement avoir un système unique pour tout le Canada, mais, en apprenant les uns des autres, on peut espérer que les systèmes utilisés pourront se parler entre eux et que nous pourrions trouver une meilleure solution à partir de tout cela.

Dans le cadre de notre démarche à Saskatoon, ce type d'information faisait l'objet de demandes provenant de trois niveaux différents. Une de ces demandes provenait du milieu de la recherche, où l'on a besoin d'un type d'accès très différent. M. Smith pourra vous parler de ce que le Manitoba a fait à l'égard de ce créneau.

Nous avons reçu de nombreuses demandes de la collectivité. Le type de système que Terre-Neuve a créé au moyen des comptes communautaires, qui est fondé sur l'intuition, est un excellent exemple de ce qu'on peut faire pour présenter les données de manière à ce qu'elles soient faciles à comprendre pour la population.

We are also getting many requests from analysts, decision-makers and policy-makers within government and community agencies, and neither of those approaches seems to work well for them. A certain amount of pre-analyzed data is needed, but they also need to be able to do some queries, more like some of the portals that have been pulled together from CIHI and Statistics Canada.

We have been trying to come up with a tool that has different looks and feels and different levels of security depending on the type of person who accesses it. Some for the public will be open-source, and depending on the user name and password, there would be various levels of security.

We have found that much changes with your reference point. If you are within a small community, you want to see the data of that community. If you are in a larger city, you do not want to see information tracked by census or some amorphous geography that does not make sense to you. You want to see information for your natural neighbourhood, something you can identify with. If you are a decision-maker at an electoral level, you might want to see information by electoral ward.

We need to build a system that has flexible geography and allows you to roll up population health data at different levels and present it in a way that is meaningful to the person who needs to make a decision. That will take the data from being abstract to being useful for program and policy decisions as well as for the public to use in terms of advocacy.

We can learn from each of the approaches that have been taken at the federal, provincial and local levels to build a best-of-breed solution that has the various types of functionality needed to make those decisions and is scalable and affordable. It must have the appropriate levels of security, functionality for analysis and display, and the type of architecture needed to support these very disparate sources of data, from health through to social services and education, et cetera.

I think the time is right for this, because there are good examples at various levels. We have had enough experience with implementation that I think we can learn from it and build something better.

The Chair: Thank you.

Mr. Berthelot: I want to follow up on the comment that health is wealth, and talk about the challenges in developing a framework with getting information at different levels. Problems were raised about linkages, providing proper estimates and ensuring that we get the data in.

Nous recevons aussi un grand nombre de demandes provenant d'analystes, de décideurs et de législateurs du gouvernement et d'organismes communautaires, et aucune de ces méthodes ne semble leur convenir. Ils ont besoin d'une certaine quantité de données déjà analysées, mais ils doivent aussi être en mesure de faire certaines recherches, un peu comme les possibilités qu'offrent les portails qu'ont créés l'Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada.

Nous essayons de mettre au point un outil offrant différents niveaux pour ce qui est de l'aspect et de la convivialité et différents niveaux de sécurité selon le type de personne qui l'utilise. Certaines données destinées à la population seront de source ouverte, et il y aurait divers niveaux de sécurité selon le nom d'utilisateur et le mot de passe entrés.

Nous avons constaté que les données recherchées différaient beaucoup selon le point de référence de l'utilisateur. Si vous faites partie d'une petite collectivité, vous voulez voir des données qui concernent cette collectivité. Si vous habitez dans une grande ville, l'information recueillie au moyen d'un recensement sur une région indéterminée quelconque ne vous intéresse pas puisqu'elle n'a aucun sens pour vous. Vous voulez voir de l'information sur votre voisinage naturel, à laquelle vous pouvez vous identifier. Si vous êtes décideur à un niveau électoral, il se pourrait que vous vouliez consulter l'information par circonscription.

Nous devons créer un système qui soit flexible sur le plan géographique et qui permette de faire la synthèse des données relatives à la santé des populations à différents niveaux et de les présenter de manière à ce qu'elles soient intéressantes pour les personnes qui doivent prendre des décisions. Ainsi, les données abstraites deviendront utiles pour la prise de décisions en matière de programmes et de politiques ainsi que pour la défense d'une cause par la population.

Nous pouvons apprendre de ce qui a été fait aux échelons fédéral, provincial et local afin de créer le meilleur système possible, un système qui présente les divers types de fonctionnalité voulus pour prendre ces décisions et qui est évolutif et abordable. Ce système doit avoir un niveau de sécurité approprié, le niveau de fonctionnalité nécessaire pour l'analyse et l'affichage et le type d'architecture voulu pour supporter toutes ces données tirées de domaines très différents, c'est-à-dire la santé, les services sociaux, l'éducation, et cetera.

Je pense que c'est le bon moment pour le faire, parce que nous disposons de bons exemples à différents niveaux. Notre expérience de la mise en oeuvre est suffisante, et je pense que nous pouvons en tirer des enseignements qui nous permettront de créer quelque chose de mieux.

Le président : Merci.

M. Berthelot : Je veux revenir sur le commentaire formulé selon lequel la santé, c'est la richesse, et parler des difficultés que représente l'élaboration d'un cadre fondé sur de l'information provenant de différents niveaux. Des problèmes ont été soulevés relativement au couplage, à la production d'estimations exactes et à l'assurance que les données voulues soient introduites dans le système.

We need to acknowledge that health is wealth, but health information is public good. We often talk about ensuring that we protect the privacy of citizens, which is critical; we must. However, we must find a good balance between protecting the information of individuals and allowing the use of information on a population group to inform our policies and strategies.

We must acknowledge that health information — and I say “information” because it is beyond health, it is social services and unemployment information — is a public good. I know that some privacy commissioners across the country try to strike a balance between privacy and public good, but I do not think we are going far enough. We must use all the information we collect on citizens in order to learn about the society: where we are, where we are going, how we are doing, how we compare across the country and how we compare with other countries. That is critical in terms of effectively facilitating the collection of that information.

I fully support Mr. Hollett’s assertion that we need to start with a framework. We should not conduct a fishing expedition or do data mining. We should not simply get data and try to find something in it. We should start with a conceptual framework. The one that was described here about the lifetime trajectory is a start. Having a framework is key to identifying how the different sources of information are linked, how they can inform the discussion and how they can be used at different levels.

I would like to move on to the different levels of information. We need to acknowledge that local-level data is not the same as regional-level data with regard to health. Health authorities have specific needs that may go beyond what is needed by a community or at the provincial level. In order to do that, the conceptual framework should not be only at one level; it should try to acknowledge the relationship between those different levels. In large cities, you need to know what is happening in different neighbourhoods. It is very important to acknowledge that.

When we have that conceptual framework acknowledging the different levels at which information can be used, it will be informative regarding what type of information we need and how we collect it. For example, doing a longitudinal survey at the community level is probably not meaningful. Longitudinal surveys are normally used to understand phenomena that are a bit more general. If you want to understand the factors of proper development in children, those factors probably have some common determinants across the country. A longitudinal study, which Statistics Canada has, to try to understand those factors, is key. However, I do not think you would be able to support it financially, in the collection of information or even by sample size at the community level.

Nous devons reconnaître que la santé, c’est la richesse, mais l’information sur la santé est un bien collectif. Nous parlons souvent de protéger la vie privée des citoyens, ce qui est essentiel; nous devons le faire. Nous devons toutefois trouver un juste équilibre entre la protection des renseignements personnels et le fait d’utiliser l’information concernant un groupe de la population pour éclairer l’élaboration de nos politiques et de nos stratégies.

Nous devons reconnaître que l’information sur la santé — et je dis « information » parce qu’il s’agit non seulement de la santé mais aussi des services sociaux et du chômage — est un bien collectif. Je sais que certains commissaires à la vie privée un peu partout au pays essaient d’établir un équilibre entre le respect de la vie privée et le bien collectif, mais je ne pense pas que nous allons assez loin. Nous devons utiliser tous les renseignements que nous recueillons à propos des citoyens pour en apprendre davantage sur la société : où nous en sommes, quelle direction nous prenons, comment nous nous tirons d’affaire, où nous nous situons par rapport au reste du pays et par rapport aux autres pays. Cet exercice est essentiel pour faciliter la collecte de cette information.

Je souscris totalement à l’affirmation de M. Hollett selon laquelle nous devons commencer par l’établissement d’un cadre. Nous ne devrions pas partir à la pêche aux données ou faire du forage de données. Nous ne devrions pas simplement obtenir des données et essayer d’y trouver une signification. Nous devrions tout d’abord établir un cadre conceptuel. Celui qui nous a été présenté aujourd’hui sur les stades du cycle de la vie est un début. Il faut absolument établir un cadre pour pouvoir déterminer comment les différentes sources d’information sont reliées, comment elles peuvent éclairer la discussion et comment elles peuvent être utilisées à différents niveaux.

J’aimerais parler des différents niveaux d’information. Il faut reconnaître que les données locales diffèrent des données régionales en ce qui concerne la santé. Les autorités sanitaires ont des besoins particuliers qui peuvent dépasser ceux d’une collectivité ou d’une organisation au niveau provincial. Dans cette optique, le cadre conceptuel ne devrait pas se situer à un seul niveau; il devrait reconnaître le rapport entre ces différents niveaux. Il est très important de tenir compte du fait que, dans les grandes villes, vous devez savoir ce qui se passe dans les différents quartiers.

Le cadre conceptuel qu’on aura établi tiendra compte des différents niveaux auxquels l’information peut être utilisée, et il sera instructif quant au type d’information dont nous avons besoin et à la façon de la recueillir. Par exemple, il ne serait probablement pas très utile de faire une enquête longitudinale au niveau de la collectivité. Les enquêtes longitudinales permettent normalement de comprendre des phénomènes qui sont de nature un peu plus générale. Si vous voulez comprendre les facteurs qui influencent le développement des enfants, ces facteurs ont probablement certains déterminants communs dans l’ensemble du pays. Il est essentiel de procéder à une étude longitudinale, ce que Statistique Canada a fait, pour essayer de comprendre ces facteurs. Cependant, je ne pense pas que vous seriez en mesure de financer la collecte d’information dans le cadre d’une telle étude, même si la taille des échantillons est établie au niveau de la collectivité.

Having a good framework allows you to identify the type of information you need at each level. Cross-sectional surveys and administrative data are great. Administrative data includes everyone who has access to a service. They are great to effectively provide information at the community level. You can go to a very small geography. However, again, you must link that to your framework.

Building on what Dr. Neudorf and Mr. Hollett have said, the data must be strategically produced in ready-to-use form. It is great to have research data bases, but when a policy maker or decision maker has a question, they need the answer, not in three months or three years when the paper is published but in three hours or days.

We must be strategic. That is why the framework is very important with regard to the questions you are trying to address. Once you have those questions, you can build a framework, collect data and build tools in partnership with the different stakeholders. Those tools will evolve over time; you will not get it right the first time, but you are trying to provide ready-to-use information.

Some work has been done. With the StatsCan-CIHI health indicators framework we jointly produced a lot of information at the health regions conference. We need to build on that.

We need more consensus about what information we need to collect and what information we need to inform decisions at the city level, the health region level, the provincial level and the pan-Canadian level. It is key to develop the proper information system.

Different actors around this table could play roles in different areas — CIHI, StatsCan and the Public Health Agency. Health Infoway will play key roles when EMR is implemented in physicians' offices to understand what is happening in primary health care. They can work together to identify, based on a specific framework, some standards in terms of the content of the information that we need to collect.

There is also a need to synthesize information about evidence. For example, CPHI has produced many synthesis documents in the past. What do we know about body mass index in the country? Does body mass index vary by province? What is the impact on children? Do we know if there is any intervention? Intervention and research is one thing, but summarizing the knowledge of intervention is another. Do we know which interventions work? As part of the framework, a knowledge synthesis component also needs to be developed.

Un cadre bien conçu vous permet de déterminer le type d'information dont vous avez besoin à chaque niveau. Les enquêtes ponctuelles et les données d'administration sont géniales. Les données d'administration englobent tout le monde qui a accès à un service. Elles permettent en fait d'obtenir de l'information au niveau de la collectivité. Grâce à ces données, il est possible de s'intéresser à une région géographique très petite. Toutefois, encore là, vous devez relier vos données à votre cadre.

Pour faire suite aux propos du Dr Neudorf et de M. Hollett, les données doivent être produites de façon stratégique dans un format clés en mains. C'est génial d'avoir des bases de données de recherche, mais lorsqu'un législateur ou un décideur a une question, il a besoin d'une réponse dans trois heures ou dans trois jours, pas dans trois mois ou dans trois ans, une fois que l'article est publié.

Nous devons agir de façon stratégique. D'où l'importance du cadre au regard des questions auxquelles vous essayez de répondre. Dès que vous avez ces questions, vous pouvez établir un cadre, recueillir des données et créer des outils en partenariat avec les différents intervenants. Ces outils évolueront avec le temps; vous ne réussirez pas du premier coup, mais vous essayez de fournir de l'information clés en mains.

Une partie du travail est terminée. Grâce au cadre d'indicateurs de la santé élaboré par Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, nous avons produit conjointement beaucoup d'information à la conférence des régions sanitaires. Nous devons mettre à profit ce travail.

Nous devons parvenir à un meilleur consensus pour ce qui est de l'information qu'il faut recueillir et de l'information dont nous avons besoin pour éclairer les décisions au niveau municipal, au niveau des régions sanitaires, au niveau provincial et au niveau pancanadien. Cette étape est essentielle pour élaborer le bon système d'information.

Certains intervenants représentés à cette table pourraient jouer un rôle dans différents domaines — l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique. L'Inforoute Santé jouera un rôle de premier plan lorsque le dossier médical électronique sera mis en oeuvre dans les bureaux de médecins et nous permettra de comprendre ce qui se passe dans le domaine des soins de santé primaires. Ils peuvent travailler ensemble pour établir certaines normes, en fonction d'un cadre précis, en ce qui concerne le contenu de l'information que nous devons recueillir.

Nous devons aussi faire la synthèse des données recueillies. Par exemple, de nombreux documents de synthèse ont été produits par le passé dans le cadre de l'Initiative sur la santé de la population canadienne. Que savons-nous de l'indice de masse corporelle au Canada? Est-ce que l'indice de masse corporelle varie d'une province à l'autre? Quelles en sont les conséquences pour les enfants? Savons-nous s'il y a des interventions? L'intervention et la recherche, c'est une chose, mais c'en est une autre de résumer les connaissances que nous avons de l'intervention. Savons-nous quelles interventions fonctionnent? Le cadre doit aussi comprendre un volet portant sur la synthèse des connaissances.

I spoke about the level at which data need to be collected. We must ensure that the framework should not just be an information structure; it should be collecting information for action, so that the information that is being produced is actionable at the appropriate level.

The Chair: Thank you. I will ask Mr. Smith to speak next, because I want to get his response to Dr. Neudorf.

Mark Smith, Associate Director, Repository at Manitoba Centre for Health Policy, University of Manitoba: Thank you very much. It is a pleasure to be here.

I want to highlight the fact that in Canada we are very good at collecting lots of detailed information about what services we provide to our citizens and what contacts they have with the health care system, the social assistance system, education and so on. However, we have not done a very good job at collecting that information and exploiting it to produce the information for the people evaluating and making decisions on policy and programs.

In the area in which I work, which is building the data repositories, one of the lessons we have learned is that building the relationships with government in order to build that capacity takes a long time.

Through a conversation I had with Dr. Taylor this morning, I was reminded that a decade ago, all the provincial governments had the capacity to measure chronic diseases and report on them at the provincial level. However, it took leadership from Health Canada to say that we need to build that capacity, not only within the provinces but across the country, for example with the development of the National Diabetes Surveillance System, which was just one chronic disease. That work has been ongoing for a decade, just to develop that system.

We are at the point now where we can exploit the capacity to measure all chronic diseases. We are in the process, in collaboration with the Public Health Agency of Canada, of doing that. This has meant developing a lot of infrastructure and relationships between many groups, and primarily between the academic community and government. The capacity to do this within governments is not there. Governments need to look outside and develop those trust relationships with academic groups. That is just in the health domain. However, we are talking about the disparities of health and we need to look across many governmental departments, such as social services, education and justice. We need to build the infrastructure in order to collect data from multiple governments, and we need to start to link the infrastructure together in various ways.

This is an ongoing process in Canada right now. The process is happening at ICES, the Institute for Clinical and Evaluative Sciences, in Toronto; at the Manitoba Centre for Health Policy; and at the newly rebranded Population Data BC initiative. This is a behind-the-scenes, below-the-radar development of which we are starting to be able to take advantage through measures like Community Accounts, where the information can be analyzed

J'ai parlé du niveau auquel les données doivent être recueillies. Nous devons veiller à ce que le cadre ne soit pas simplement une structure d'information; il doit permettre de recueillir de l'information qu'il est possible de transformer en mesures concrètes au niveau approprié.

Le président : Merci. Je donne maintenant la parole à M. Smith, pour qu'il réponde à la question du Dr Neudorf.

Mark Smith, directeur associé, Centre manitobain de la politique de santé (répertoire), Université du Manitoba : Merci beaucoup. Je suis heureux d'être ici.

J'aimerais souligner le fait que, au Canada, nous excellons dans la collecte d'une grande quantité de renseignements détaillés sur les services que nous offrons à nos citoyens et sur les rapports qu'ils ont avec le système de soins de santé, le système d'aide sociale, le système d'éducation et ainsi de suite. Nous ne réussissons toutefois pas très bien à utiliser les renseignements recueillis pour produire de l'information à l'intention des gens qui évaluent les politiques et les programmes et qui prennent des décisions à cet égard.

Dans mon domaine de travail, c'est-à-dire la création de dépôts de données, nous avons compris qu'il faut investir beaucoup de temps pour établir des relations avec le gouvernement en vue d'accroître cette capacité.

Le Dr Taylor m'a rappelé ce matin que, il y a une dizaine d'années, tous les gouvernements provinciaux étaient capables de mesurer les maladies chroniques et d'en faire rapport au niveau provincial. Or, il a fallu que Santé Canada prenne les choses en mains et dise que nous devons accroître cette capacité, non seulement au sein des provinces mais dans tout le pays, par exemple en créant le Système national de surveillance du diabète, qui ne touchait qu'une seule maladie chronique. On travaille depuis 10 ans à l'élaboration de ce système uniquement.

On en est au point où on peut étendre la capacité à toutes les maladies chroniques. C'est ce que nous sommes en train de faire, en collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada. Ainsi, une grande infrastructure a été mise en place et des relations ont été établies entre un grand nombre de groupes, principalement entre le milieu universitaire et le gouvernement. Les gouvernements n'ont pas la capacité nécessaire pour s'acquitter de cette tâche. Ils doivent se tourner vers l'extérieur et renforcer leurs relations de confiance avec les groupes universitaires. Cela ne concerne que le domaine de la santé. Or, on parle des disparités en santé et il faut inclure un grand nombre de ministères, comme les services sociaux, l'éducation et la justice. Il faut bâtir une infrastructure qui permettra de recueillir des données provenant de plusieurs gouvernements et commencer à relier les systèmes entre eux de diverses façons.

Ce processus est actuellement en cours au Canada, par l'entremise de l'IRSS, l'Institut de recherche en services de santé, à Toronto, du Manitoba Centre for Health Policy et de l'initiative de la Colombie-Britannique sur les données démographiques, que l'on a rebaptisée dernièrement. C'est un travail d'élaboration qui se déroule en coulisse et dont nous commençons à pouvoir tirer parti grâce à des mesures comme les

and reported. As Mr. Hollett pointed out, we have the right methodologies developed to do this, and it is the development of the methodologies that is important.

While we are focused on how to build this health information infrastructure in Canada to look at social determinants, we should pay attention to how well we support those initiatives at the provincial level to bring the data together for academics and researchers so that they can develop the methodologies for people in government, policy-making and decision support to exploit.

I would like to briefly comment on the electronic medical record. I do not disagree with any of Mr. Sheridan's comments, but I wanted to throw out a cautionary word. We have been working with the routinely collected information in this country — I will call it contact information — for probably two decades now, and we are just beginning to really understand what the information means and how to interpret it. The electronic health record is a brand new baby, so to speak; it is not even born, basically. We do not know how long it will take us to be able to understand what the data is telling us, and to develop the appropriate methodologies to inform policy-makers and decision-makers. I think that journey in itself will take us another two decades. We should start with the resources we have today and we should evolve to incorporate these new information resources as they come on stream. We need to have that basic capacity in this country, within provinces and nationally.

What could result from a group such as this is to provide some leadership around the development and also the coordination of these issues. Right now, the issues are siloed. Most of the provinces that have this capacity operate within the province itself and not cross-jurisdictionally across provinces, yet there is much we could learn from collaborating with one another and with national organizations such as Statistics Canada and CIHI, and through the dissemination mechanisms that Dr. Neudorf and Mr. Hollett spoke about. That collaboration is important, but the underlying base of collecting the data and encouraging government departments to work together is also important.

The Chair: Thank you very much. Senator Eggleton wishes to open up another dimension of this discussion.

Senator Eggleton: Thank you all for being here. It is a great discussion; I am enjoying it.

I do not know whether my comments come under this section or more under the linkage section, or maybe a bit of both. We have heard from you as to your experiences and as to where you perceive the gaps and needs are. We have heard Mr. Sheridan talk about partnerships and Dr. Neudorf talk about “best of the breed.”

What I want to explore is how we get there. What is the organizational architecture? Being a government person helping to develop public policy, I am trying to figure out how we get

comptes communautaires, où l'information peut être analysée et faire l'objet de rapport. Comme l'a souligné M. Hollett, nous avons mis au point les bonnes méthodologies pour le faire, et c'est ce qui est important.

Pendant que nous cherchons un moyen de bâtir cette infrastructure de l'information sur la santé au Canada pour examiner les déterminants sociaux, nous devrions prêter une attention particulière à la façon dont nous soutenons les initiatives provinciales qui visent à rassembler les données pour permettre aux universitaires et aux chercheurs de mettre au point des méthodologies que les gouvernements, les législateurs et les décideurs pourront utiliser.

J'aimerais parler brièvement du dossier médical électronique. M. Sheridan n'a pas tort, mais j'aimerais faire une mise en garde. Au Canada, cela fait probablement deux décennies maintenant que nous travaillons avec de l'information recueillie de façon courante — je parlerais ici d'information de base —, et nous commençons tout juste à vraiment comprendre ce que cette information signifie et comment l'interpréter. Le dossier médical électronique est un tout nouveau bébé, si je puis dire. En fait, il n'est même pas encore né. On ne sait pas encore combien de temps il nous faudra pour comprendre ce que les données nous disent, et pour élaborer les méthodologies voulues afin d'éclairer le travail des législateurs et des décideurs. Je pense que cette aventure va nous prendre encore deux décennies. Nous devrions commencer avec les ressources que nous avons aujourd'hui et continuer en incorporant les nouvelles sources d'information à mesure qu'elles se présenteront. Notre pays doit disposer de cette capacité de base, dans les provinces et à l'échelle nationale.

Le travail d'un groupe comme celui-ci pourrait permettre d'assurer un certain leadership pour ce qui est du développement et de la coordination. À l'heure actuelle, on traite ces questions de façon isolée. La plupart des provinces qui ont cette capacité travaillent seules et ne collaborent pas avec d'autres administrations provinciales. Pourtant, nous avons beaucoup à apprendre de la collaboration, les uns avec les autres et avec des organisations nationales comme Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, ainsi que des mécanismes de diffusion dont le Dr Neudorf et M. Hollett ont parlé. Cette collaboration est importante, mais les activités qui constituent la base de ce travail, c'est-à-dire recueillir des données et encourager les ministères à travailler ensemble, sont tout aussi importantes.

Le président : Merci beaucoup. Le sénateur Eggleton veut passer à un autre aspect de la discussion.

Le sénateur Eggleton : Merci à tous d'être ici. C'est une bonne discussion; c'est très agréable.

Je ne sais pas si mes commentaires entrent dans cette section ou plutôt dans la section portant sur le couplage des données, ou peut-être dans les deux. Vous nous avez parlé de votre expérience et de ce que vous perceviez comme des lacunes et des besoins. Nous avons entendu M. Sheridan parler de partenariat et le Dr Neudorf parler de la « meilleure solution ».

J'aimerais qu'on discute de la façon d'y arriver. Quelle est l'architecture organisationnelle? Comme je fais partie du gouvernement et que mon rôle est d'aider à l'élaboration des

from here to there. We have a lot of players here, not only players in the room at different levels of government. We are talking about the determinants of health that cross over many different departments and silos within government, at the federal, provincial, territorial and local level, and then the non-governmental contributors. There are a lot of actors here. Who should the lead actor be? How do we get this organized? What is the architecture for the organization?

Mr. Hollett: I would like to make a comment that will not answer your question directly, but, in my mind, it is an important point that we need to consider. In order to be successful at this, provinces will need to play a larger role than they have hitherto. As it currently stands, Statistics Canada has been the repository. It has taken it upon itself to try to pull together data for all the provinces. That has come with a great benefit, but there is also a non-benefit. If you are trying to get people at the community and neighbourhood level to work with their data, because those communities and neighbourhoods are part of a province, there is a vested interest there for a province to be involved.

We have a system here in Canada, called the national statistical system, which is led by the chief statistician of Canada. Each province and territory has a statistical focal point. Most provinces and territories have statistics acts that mirror Statistics Canada, which gives them the authority to do the work of statistics, data development, data linkages and so on, on a professional basis. The problem is that the system is weak. I do not want to offend anyone but, at the same time, I want to say what I think. I think the leadership has not been strong. Statistics Canada's leadership has been inadequately strong. When our provincial and territorial governments established units to do this work, there was vision and there were resources and the programs got off to a good start. Over time, however, as we became better and better in the provinces, we were taken for granted.

By way of example, my statistics agency provides input into 90 per cent of what goes to cabinet. The only time the Newfoundland and Labrador statistics agency is ever mentioned in cabinet is if it is there to do something directly or if someone is going into cabinet and they are afraid they will get in trouble, and then they want to say they got the data from us. This is not a trivial point. If this is to work, we need to have the strength in the system so that the statistics agencies can make the contribution where it is needed and to get the buy-in from the provinces, and also the investment that will come with that. It is not a trivial, financial issue to try to do some of these things. The burden of that will have to be shared.

I have been in Australia twice now. They have had me there because they were interested in the Community Accounts because they do not have a system like we have in Canada. They have the Australian Bureau of Statistics, and then they have some branch

politiques publiques, j'essaie de comprendre comment nous allons passer du point A au point B. La question touche beaucoup d'acteurs, non seulement ceux qui se trouvent dans cette salle et qui représentent les différents paliers de gouvernement. Nous parlons des déterminants de la santé dont traitent en vase clos de nombreux ministères au sein du gouvernement, aux niveaux fédéral, provincial, territorial et local, ainsi que les collaborateurs non gouvernementaux. La question touche beaucoup d'acteurs. Qui devrait être responsable? Comment devons-nous nous organiser? Quelle est l'architecture de l'organisation?

M. Hollett : J'aimerais faire un commentaire qui ne répondra pas directement à votre question, mais, à mon avis, c'est un point important dont il faut tenir compte. Pour que ça fonctionne, les provinces doivent jouer un rôle plus important qu'elles ne l'ont fait jusqu'ici. À l'heure actuelle, c'est Statistique Canada qui sert de dépôt. L'organisation a pris l'initiative d'essayer de rassembler les données pour toutes les provinces. Il y a eu là un grand avantage, mais aussi un inconvénient. Si on essaie de faire en sorte que les gens au niveau de la collectivité et du quartier utilisent les données qui les concernent, comme ces collectivités et ces quartiers font partie d'une province, la province a tout intérêt à participer.

Au Canada, nous avons un système qu'on appelle le Système national de présentation des statistiques, sous la direction du statisticien en chef du Canada. Chaque province et territoire a un coordonnateur statistique. La plupart des provinces et des territoires disposent de lois sur la statistique qui ressemblent à celle qui régit Statistique Canada, qui leur confèrent le pouvoir de produire des statistiques, de créer des données, de coupler des données et ainsi de suite, de façon professionnelle. Le problème, c'est que le système est faible. Je ne veux offenser personne mais, en même temps, je veux dire ce que je pense. Je pense que le leadership a été faible. Le leadership de Statistique Canada n'a pas été assez fort. Quand les gouvernements provinciaux et territoriaux ont établi des unités pour faire ce travail, ils avaient une vision et des ressources, et les programmes ont bien commencé. Au fil du temps, cependant, alors que ça allait de mieux en mieux pour nous dans les provinces, on a commencé à faire peu de cas de tout ce que nous faisons.

À titre d'exemple, mon organisation contribue à 90 p. 100 de ce qui est présenté au Cabinet. Pourtant, les seules fois où l'on fait mention de l'agence de statistique de Terre-Neuve-et-Labrador au Cabinet, c'est lorsqu'un représentant est sur place pour travailler directement sur quelque chose, ou bien lorsque quelqu'un se rend au Cabinet et que l'on craint qu'il y ait des problèmes; alors là, ils veulent dire que les données leur ont été fournies par nous. Ce n'est pas une question sans importance. Si nous voulons que ça fonctionne, le système doit être assez solide pour que les agences de statistique puissent contribuer là où il le faut, et nous devons rallier les provinces; il faut aussi obtenir l'investissement nécessaire. L'aspect financier lié à certains de ces éléments n'est pas banal. Le fardeau devra être partagé.

Je suis allé en Australie deux fois. Des gens là-bas qui s'intéressaient aux comptes communautaires m'ont fait venir parce qu'ils ne disposent pas d'un système comme celui que nous avons au Canada. Il y a le Bureau de la statistique de l'Australie et

offices peppered over the continent. However, before the last chief statistician left, he established a formal mandate in the Australian Bureau of Statistics that they should engage with communities and work with them to develop and share data that is useful to communities.

The first time they asked us to come down, we showed them two things: First, how data could be shared in terms of community accounts; and second, if you did share data, nothing bad would happen. Although they do not have statistics agencies in each state, the health department, the labour department and other departments in each state all want to hang on to their own data and not share it. They got us down to break that ice, and apparently it worked. They made a good deal of progress. I went down again for a variety of reasons, one of them being that they wanted to talk more about our experiences with engaging communities around data.

My point is that if you want to do this sort of a thing and have it work, the provinces must have a vested interest. They must realize that there is a different job to be done, some parts of provincial and territorial governments have to be strengthened and there must be a better partnership between those and Statistics Canada. The partnership now is all right, but it is not strong enough.

I was director of Newfoundland and Labrador Statistics Agency for ten years, and I believe what I am saying is right. We are not well served by the weakness in the system. The pieces are there but they need to be strengthened, and for this initiative to work, the provincial and territorial governments must buy into it with the federal government. Otherwise, you will have elements of chaos, and you could get into a situation where the federal government comes out with a new approach for population health and the provinces do not buy into it, while the communities that have the problems are in the provinces.

Senator Callbeck: Mr. Sheridan, you talked about the electronic health records, the progress that we are making, and the fact that the first ministers, as you say, unanimously agreed to work together to develop this system.

Mark Smith has mentioned the word “silos” in that we have a lot of silos. Where do we stand with this system? Later on in your remarks, you said there was a high priority on a common system, but where are we with that?

Mr. Sheridan: That is a good question. The platform for making these things work is ostensibly a systems architecture that took us two years to develop. In the development of that architecture, we said that there must be a specific set of standards and a specific way to hold data in the information systems. There must be a specific set of standards for how that data is stored and transmitted. It took us a long time to come to a consensus on the way that system architecture should look, and on the capacity and

quelques bureaux locaux répartis sur le continent australien. Toutefois, avant de partir, le statisticien en chef précédent a établi un mandat formel pour le Bureau de la statistique de l’Australie selon lequel il devait solliciter la collaboration des communautés pour recueillir et échanger des données utiles aux communautés.

La première fois qu’ils nous ont demandé de nous rendre sur place, nous leur avons dit deux choses : d’une part, nous leur avons expliqué comment il est possible d’échanger des données au moyen des comptes communautaires et, d’autre part, nous leur avons assuré qu’il n’y aurait aucune conséquence néfaste s’ils décidaient d’échanger des données. Les États n’ont pas tous une agence de statistique, mais les ministères de la santé et du travail et les autres ministères de chaque État veulent tous garder leurs données pour eux. On nous a fait venir là-bas pour faire bouger les choses et, apparemment, ça a fonctionné, car ils ont fait beaucoup de progrès. J’y suis retourné pour différentes raisons, notamment parce qu’ils voulaient discuter davantage de notre expérience de la mobilisation des communautés pour ce qui est des données.

Bref, pour qu’une démarche de ce genre soit fructueuse, les provinces doivent y trouver leur compte. Il faut être conscient que le travail à faire sera différent, que certaines parties des gouvernements provinciaux et territoriaux doivent être renforcées et que le partenariat entre ces gouvernements et Statistique Canada doit être consolidé. Leur partenariat est passable à l’heure actuelle, mais il n’est pas suffisamment solide.

J’ai été directeur de la Newfoundland and Labrador Statistics Agency pendant 10 ans, et je crois que mes affirmations sont justes. Les lacunes du système ne profitent à personne. Les éléments sont là, mais ils doivent être renforcés. Pour que cette initiative soit une réussite, les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent travailler de concert, sans quoi on se retrouvera aux prises avec un système dont les éléments sont incohérents. Et à cause de cela, il pourrait arriver que le gouvernement fédéral propose une nouvelle approche en matière de santé des populations et que les provinces n’y adhèrent pas, alors que les communautés qui ont des problèmes sont situées dans les provinces.

Le sénateur Callbeck : Monsieur Sheridan, vous avez parlé des dossiers de santé électroniques, des progrès que nous faisons et du fait que les premiers ministres ont tous, selon vos dires, convenu d’élaborer ce système de concert.

Mark Smith a mentionné l’expression « de façon isolée », en ce sens qu’il y a beaucoup de cloisonnements. Où en sommes-nous avec ce système? Ensuite, dans vos observations, vous avez dit que l’instauration d’un système commun était une importante priorité. Où en sommes-nous sur ce point?

M. Sheridan : C’est une bonne question. La réussite repose manifestement sur une architecture de systèmes que nous avons mis deux ans à concevoir. Pendant que nous l’élaborions, nous nous sommes dit qu’il devait y avoir un ensemble précis de normes et une procédure établie pour la conservation des données dans les systèmes d’information, et qu’il devait y avoir des normes précises concernant le stockage et la transmission de ces données. Il nous a fallu beaucoup de temps pour nous entendre sur la structure de

the time for people to implement it in their jurisdiction. We do have a consensus on the architecture and the standards, and those systems and architecture are being used to implement the electronic record systems now being put in place in the provinces.

I am concerned about Mr. Smith's comment that it will take us two decades, once we have that data and they are being used in a clinical sense, to optimize the utility of the information for policy, for research, for analysis, et cetera. I am hoping we can do better than that. I am hoping this initiative will give us the opportunity, and I am not saying it will be two or three years, but when you live the kind of lifestyle I have, I will not be around to see that, so I am working hard to make sure that these initiatives are optimized in the shorter term.

With respect to where we are, we have a consensus on what the data and standards should look like, and in fact these systems are now being implemented. They are not all identical. There has been some recognition that there are differences across the health care system but that fundamental piece, the architecture, is now in place.

Senator Callbeck: Why can they not be identical? I do not understand that.

Mr. Sheridan: There are some fundamental divisions in each of the jurisdictions' capacity to move forward, given what they have in place now. We recognize that. There have been a number of different approaches.

The United Kingdom used a complete rip and replace approach. They funded over \$60 billion worth of replacements of systems within the U.K. so that everything was ostensibly one-size-fits-all. We recognize that that probably would not work, and we have taken the approach that, where we can, we will retrofit systems, ensure those systems eventually meet the standards and work within the architecture.

Senator Callbeck: They will meet the standards but will not be identical. Are you saying that we will never have identical systems?

Mr. Sheridan: When you say "identical," no, we will never have completely identical systems in each jurisdiction. We will have a common set of architectures where diagnostic imaging repositories, drug systems and lab systems will be able to hold and share information. In each of those jurisdictions the repositories for those important pieces of information will in fact exist. They will be interoperable and reflect a common view and approach to it but will not be necessarily identical in each jurisdiction.

l'architecture des systèmes, la capacité et le temps dont les gens auront besoin pour la mettre en place au sein de leur administration. Nous en sommes bel et bien arrivés à un consensus au sujet de l'architecture et des normes, et les systèmes et l'architecture servent à mettre en place les systèmes de dossiers électroniques qui sont actuellement mis en œuvre dans les provinces.

Je m'interroge sur la remarque de M. Smith voulant qu'il nous faudra deux décennies pour maximiser l'utilité de l'information pour ce qui est des politiques, de la recherche, de l'analyse, « et cetera », une fois que nous aurons recueilli les données en question et qu'elles seront utilisées à des fins cliniques. J'espère que nous arriverons à faire mieux que ça. Et j'espère que cette initiative nous donnera l'occasion... je ne dis pas que tout sera fait en deux ou en trois ans, mais, vu mon train de vie actuel, je ne serai pas là pour en voir le dénouement, donc je travaille fort pour que cette initiative donne les meilleurs résultats possible à court terme.

À ce stade-ci, nous nous sommes entendus sur la configuration des données et la forme que devraient prendre les normes. En fait, ces systèmes sont actuellement mis en œuvre. Ils ne sont pas tous identiques. Certains ont reconnu qu'il existe des différences au sein du système de soins de santé, mais les fondements, c'est-à-dire l'architecture, sont maintenant établis.

Le sénateur Callbeck : Pourquoi ne peuvent-ils pas être identiques? Je ne comprends pas.

M. Sheridan : La capacité d'aller de l'avant des différentes administrations n'est pas la même; compte tenu de ce qui est en place à l'heure actuelle pour chacune d'elles, des différences fondamentales les séparent. Nous en sommes conscients. Diverses approches ont été explorées.

Le Royaume-Uni, quant à lui, a privilégié une approche de remplacement intégral. Le pays a investi plus de 60 milliards de dollars pour remplacer ses systèmes et les uniformiser. Nous sommes conscients que cette approche ne fonctionnerait probablement pas. C'est pourquoi nous avons opté pour une approche selon laquelle, lorsqu'il est possible de le faire, nous mettons les systèmes à niveau, nous veillerons à ce qu'ils respectent les normes et s'intègrent à l'architecture.

Le sénateur Callbeck : Ils respecteront les normes, mais ne seront pas identiques. Dites-vous que nous n'aurons jamais des systèmes identiques?

M. Sheridan : Non, les administrations n'auront jamais des systèmes parfaitement identiques. Nous aurons un ensemble commun d'architectures dont les dépôts d'images diagnostiques, les systèmes de médicaments et les systèmes de laboratoire nous permettront de conserver et d'échanger des renseignements. Dans chacune de ces administrations, il y aura des dépôts où nous pourrions conserver ces renseignements importants. Ces dépôts seront interoperables et reflèteront une vision et une approche communes, mais ils ne seront pas nécessairement identiques dans chaque administration.

The Chair: We only have seven minutes left in this session, so we will get as many speakers in as we can and get on to privacy a bit later. Ms. Burton, you are next.

Christine Burton, Director, Rural Policy and Strategic Development, Agriculture and Agri-food Canada: Speaking from the Rural Secretariat, we do not deal with health data in the depth or breadth that the rest of the people around this table do, but I am hoping that our experience may be of some utility to you. In particular, I will connect with some of the comments made by Mr. Hollett and Mr. Neudorf.

Although the Rural Secretariat is located within the Department of Agriculture and Agri-food Canada, I often say that is the function of an accident of birth. We had to be placed somewhere but we are what is called a “horizontal file” and, as such, we interact with departments across the federal system and also work with our colleagues at a provincial level.

I will be speaking briefly about our community information database. For us, the pivot point or nexus is the economic and social well-being of communities and the individuals, as referenced by Mr. Hollett. A healthy community means that there are economic opportunities, economic services, recreational opportunities, health care, education services, and so on. As such, it breaks down the silos in terms of understanding community well-being.

I have often said that data is not information, information is not knowledge, and knowledge is not wisdom. However, data is the first step on the route to wisdom, and wisdom is what we are called to as decision-makers within government and within communities themselves.

This table is intensely aware that data can be overwhelming, not only because of its sheer volume, complexity, range and interconnectivity but also because of the question of how to make it accessible to the users. By “accessible,” we mean not only in the tangible sense but also in terms of making it understandable, engaging and manageable in a way that meets the users’ needs, considering that users will include the policy-makers not only at senior government levels but also at local government levels and in the family of NGOs.

The Community Information Database that exists within the Rural Secretariat is a free web-based mapping tool that provides consistent and reliable social, economic and demographic data for all rural communities and regions across Canada, namely, all 2,200-plus rural communities across Canada. It was developed by the Rural Secretariat in collaboration with provincial, territorial and community partners as part of the Government of Canada’s ongoing support to rural communities because there was an understanding that they needed to have a tool that could enable them to understand their own communities in relation to other communities and, as such, to make informed decisions. We have over 700 community and regional indicators on our database. However, they are taken from census data and, as such, they are

Le président : Il ne reste que sept minutes à cette série de questions. Nous essaierons donc de donner la parole au plus grand nombre possible d’intervenants et nous passerons un peu plus tard à la question de la protection des renseignements personnels. Madame Burton, c’est à votre tour.

Christine Burton, directrice, Développement stratégique et politique rurale, Agriculture et Agroalimentaire Canada : Au Secrétariat rural, nous ne traitons pas autant de données sur la santé que les personnes assises autour de cette table et nous ne les examinons pas de façon aussi approfondie qu’eux, mais j’espère que notre expérience leur sera utile. En fait, je me reporterai à certains commentaires que M. Hollett et M. Neudorf ont faits.

Le Secrétariat rural fait partie du ministère de l’Agriculture et de l’Agroalimentaire, mais je dis souvent que cela est attribuable à un accident de parcours. Nous devons être intégrés ailleurs, mais nous sommes responsables de ce qu’on appelle un « dossier horizontal » et, de ce fait, nous sommes en contact avec des ministères fédéraux et avec nos collègues des gouvernements provinciaux.

Je parlerai aussi brièvement de notre base de données sur les collectivités. Comme l’a mentionné M. Hollett, le bien-être social et économique des collectivités et des particuliers est notre pivot. Dans une collectivité saine, il y a des débouchés économiques, des services économiques, des activités récréatives, des soins de santé, des services d’éducation, « et cetera », ce qui contribue à éliminer les cloisonnements qui nuisent à la compréhension du bien-être des collectivités.

Je dis souvent que donnée n’équivaut pas à information, qu’information n’équivaut pas à savoir et que savoir n’équivaut pas à sagesse. Toutefois, l’acquisition de données est le premier pas vers la sagesse, et c’est à cette faculté que doivent faire appel les décideurs du gouvernement et des collectivités.

Mesdames et messieurs, membres du comité, vous savez pertinemment que cette tâche peut être ardue, et non seulement en raison du volume de données, de leur complexité, de leur diversité et de leurs liens, mais aussi parce qu’il faut déterminer comment les rendre accessibles aux utilisateurs. Elles ne doivent pas uniquement être accessibles au sens propre du terme, mais également compréhensibles, attrayantes et gérables, et elles doivent répondre aux besoins des utilisateurs, notamment les décideurs des instances supérieures du gouvernement ainsi que des administrations locales et des organisations non gouvernementales.

La Base de données sur les collectivités du Secrétariat rural est un outil cartographique en ligne gratuit qui fournit des données cohérentes et fiables de nature socio-économique et démographique sur l’ensemble des collectivités et des régions du Canada, c’est-à-dire plus de 2 200 collectivités rurales au pays. Le Secrétariat rural a conçu cet outil en collaboration avec des partenaires des provinces, des territoires et des collectivités, dans le cadre du soutien permanent apporté par le gouvernement du Canada aux collectivités rurales, parce qu’on considérait qu’un outil était nécessaire pour permettre aux responsables de comprendre la situation de leur propre collectivité par rapport aux autres et ainsi, de prendre des décisions éclairées. Notre base de données comporte plus de 700 indicateurs sur les

available for 1996, 2001 and 2006. I was jealous when I heard some of the things about the Community Accounts, which has data available over several years that are non-census data.

The Community Information Database has a wide range of indicators, including some that relate to non-medical determinants of health such as education, employment, family structure, income and housing; and data regarding some of the communities in terms of Aboriginal peoples, the makeup of the immigrant population by region of origin, the type of community you are dealing with, breakdowns by gender and age, and so on. It is a tool that reduces the amount of time and resources required to obtain and analyze community, regional and provincial-territorial data. A key thing that it has — and this was something that the Community Accounts did not have — is the ability to generate interactive maps. Much of the Community Accounts have tables, graphs, and so on. Mapping tools can be very effective in engaging people who may not be as experienced in working with data.

Rural communities and citizens have always had a need for quality data to provide a basis for informed and realistic decision-making. Although there are several sources of local data in Canada, community level data remained quite dense and complicated. It was a challenge for them to gather and access that data in a manner that they were able to use. By presenting it in this dynamic way, through interactive maps, tables and charts, it allows for an increased awareness and understanding of statistical information, which can be quite difficult to manage if you are not someone who lives in that world on a daily basis.

The Community Information Database has been used extensively across the country for program development, community planning, decision-making and proposal writing. Communities are able to develop more precise proposals that more effectively respond to the actual need rather than the perceived problem but can help them to identify the real problem. It has also been used for educational purposes, the comparison of community performance and the creating of profiles for the use in economic and social development.

In terms of responding to the question, “Is the Community Accounts a model for other governments to benefit from,” we would say yes. It presents the information and organizes it around well-being. It has a large amount of data, information and examples in terms of what it provides. Data is available over multiple geographies; ours is available over only limited geographies. You can look at information on either a school district or a health district basis, which is useful for communities, and so on. It has a comprehensive list of data available from other sites. It has a broader range of data than that available in our database in terms of the number of teachers, volunteer engagement, air quality, level of infrastructure, and so on. We

communautés et les régions. Cependant, ils se fondent sur des données de recensement, ce qui signifie qu'ils s'appliquent aux années 1996, 2001 et 2006. J'ai ressenti de la jalousie quand j'ai entendu parler des comptes communautaires, qui comportent des données pour plusieurs années où il n'y a pas eu de recensement.

La Base de données sur les collectivités comporte un vaste éventail d'indicateurs, dont certains se rapportent à des déterminants non médicaux de la santé comme l'éducation, l'emploi, la structure familiale, le revenu et le logement. Il y a aussi des données sur les collectivités, comme la proportion d'Autochtones, la composition de la population immigrante par région d'origine et le type de collectivités visées, des données ventilées selon le sexe et l'âge, « et cetera ». C'est un outil qui permet de réduire le temps et les ressources nécessaires pour recueillir et analyser des données sur les collectivités, les régions, les provinces et les territoires. Un de ses éléments clés — que les comptes communautaires n'ont pas — est qu'il peut produire des cartes interactives. La plupart des comptes communautaires présentent des tableaux, des graphiques, « et cetera ». Grâce aux outils cartographiques, on peut arriver à susciter l'intérêt des gens qui n'ont pas une grande expérience de l'utilisation des données.

Les collectivités rurales et leurs habitants ont toujours eu besoin de données de qualité sur lesquelles s'appuyer pour prendre des décisions réalistes et éclairées. Il y a plusieurs sources de données locales au Canada, mais les données sur les collectivités étaient assez obscures et complexes. Il leur était difficile de recueillir ces données et d'y avoir accès de façon à pouvoir les utiliser. En les présentant d'une manière dynamique, c'est-à-dire au moyen de cartes, de tableaux et de diagrammes interactifs, on favorise la diffusion et la compréhension des données statistiques, ce qui peut être très difficile pour les gens qui ne travaillent pas quotidiennement dans le domaine.

Partout au pays, on se sert de la Base de données sur les collectivités pour élaborer des programmes, mener des projets d'urbanisme, prendre des décisions et rédiger des propositions. Les collectivités peuvent désormais élaborer des propositions plus précises, qui leur permettent de répondre plus adéquatement aux véritables besoins plutôt que de parer aux problèmes apparents. Elles peuvent mieux cerner les problèmes réels. On s'en sert également à des fins d'enseignement ainsi que pour comparer le rendement des collectivités et créer des profils de développement socio-économique.

À la question de savoir si les autres gouvernements bénéficieraient de l'adoption du modèle des comptes communautaires, nous répondrions oui. Il présente l'information et la structure autour du concept de bien-être. Il contient un grand nombre de données, de renseignements et d'exemples. Il renferme des données sur de nombreuses régions géographiques, alors que nous en offrons seulement sur un nombre limité de régions. On peut chercher de l'information par exemple sur un arrondissement scolaire ou un district de santé donné, ce qui est utile aux collectivités. Il présente une longue liste de données accessibles à partir d'autres sites. De plus, il renferme un plus vaste éventail de données que notre base de données au sujet du nombre

do not have that in our source, but we do think that the mapping capacity is a very important piece that needs to be looked at in any model that might be taken on by the federal government.

An example of a health mapping tool that might be of some interest to this committee is the Canada Council on Learning's health literacy interactive web-based map. I would refer this committee to that particular site which may be of some specific interest to you from the health perspective.

On the question of whether there should be consolidation or rationalization of interdisciplinary cooperation, we would support that. Dr. Neudorf spoke of the issue of province-to-province experience. I can speak from the federal experience. There is an interdepartmental committee looking at how we can better collaborate and link between our various databases. However, it becomes a question of volume. The databases become quite unwieldy in terms of the amount of data that might be managed. There are also privacy and security issues. You can end up with the issue of the "mother of all databases." Our colleagues in HRSDC confronted that issue and had to disaggregate because of the privacy and security issues, as well as its ability to manage the information. It can be become quite unwieldy, particularly when you are dealing with different functional interests.

In conclusion, we have found that there is a potential for databases that do bring together information in a way that is meaningful and usable at the community level, not merely at the statistician or policy work level. We love that kind of data, but we are trying to make our data available to communities and individuals so that they, too, can use the data in a more effective way.

Michel Frojmovic, Director, Acacia Consulting and Research: Thank you for having me here. To be clear, I am here because of the work I have been doing with the Federation of Canadian Municipalities, which supports something called the quality of life reporting system which will not be presented here as a possible national framework. There is also the work that I have been involved with, relating to something called the Community Social Data Strategy. It is an initiative to bring these kinds of data into the hands of municipalities and community groups at the local level, particularly in larger cities. Those are a few of the initiatives.

The comments I have are about that municipal perspective. I am happy to see that I am probably repeating or reinforcing a lot of the perspectives that have been raised already. Two key words that seem to be coming up are "geography" and "infrastructure." By "geography," there is a value in understanding whether we are looking at social determinants of health or health inequities and understanding the locale. Looking at inequity at a national-provincial level necessarily masks a lot of the inequities we are trying to understand. The ability to understand municipal government boundaries and what we talked about earlier today,

d'enseignants, du nombre de bénévoles, de la qualité de l'air, du niveau d'infrastructure, « et cetera ». Nous n'avons pas cela dans notre base, mais nous croyons qu'il est très important de prendre en considération la capacité cartographique de tout modèle susceptible d'être adopté par le gouvernement fédéral.

Un exemple d'outil cartographique en matière de santé qui pourrait intéresser le comité est la carte Web interactive en matière de littératie en santé du Conseil canadien sur l'apprentissage. J'attire votre attention sur ce site en particulier, car il pourrait présenter un certain intérêt pour vous du point de vue de la santé.

On nous a demandé s'il fallait consolider ou rationaliser les efforts de coopération interdisciplinaire, et nous croyons que oui. Le Dr Neudorf a parlé de l'expérience entre les provinces. Je peux témoigner de l'expérience du gouvernement fédéral. Un comité interministériel se penche actuellement sur les moyens d'améliorer la collaboration et de relier nos différentes bases de données. Le volume peut être un problème. Les bases de données deviennent trop lourdes vu le grand nombre de données à gérer. Il y a aussi une question de sécurité et de protection des renseignements personnels. On pourrait se retrouver avec une base de données gigantesque. Nos collègues de RHDCC se sont trouvés aux prises avec cette situation et ils ont dû subdiviser leur base de données en raison de problèmes de sécurité et de protection des renseignements personnels, et parce qu'ils n'arrivaient pas à gérer l'information. La gestion des données peut devenir très lourde, tout particulièrement lorsqu'il y a des intérêts divergents en jeu.

En conclusion, nous estimons que les bases de données qui regroupent des renseignements d'une manière utile pour les collectivités et non seulement pour les statisticiens et les mordus de politique offrent de bonnes possibilités. Nous aimons ce type de données, mais nous essayons de rendre nos données accessibles aux collectivités et aux particuliers pour qu'eux aussi puissent les mettre à profit.

Michel Frojmovic, directeur, Acacia Consulting and Research : Je vous remercie de me recevoir aujourd'hui. Je suis ici en fait en raison de ma collaboration avec la Fédération canadienne des municipalités, qui apporte son soutien au Système de rapports sur la qualité de vie, qui ne sera pas présenté au comité comme un cadre applicable à l'échelle nationale. Je contribue également à la Stratégie d'accès communautaire aux statistiques sociales, une initiative qui vise à fournir des statistiques sociales aux municipalités et aux groupes communautaires à l'échelle locale, et tout particulièrement dans les grandes villes. Voilà quelques exemples de travaux.

Les observations que je souhaite faire concernent les municipalités. Ce que je vais dire reprend ou renforce beaucoup de points qui ont déjà été soulevés, et c'est tant mieux. Deux mots semblent sortir du lot : « géographie » et « infrastructure ». Pour ce qui est de la géographie, il importe de comprendre si on observe des déterminants sociaux de la santé ou des inégalités en matière de santé et de comprendre la situation de la région. Les inégalités à l'échelle provinciale et nationale masquent forcément un grand nombre d'inégalités que nous tentons de comprendre. Il est important de connaître les limites des administrations municipales

namely neighbourhoods and submunicipal boundaries, those small areas, is important not only to understand those inequities because of a lot of what municipal governments are involved with, but also to address many of those determinants of health that are of a nonmedicinal nature. That municipal perspective is important.

When I say “geography”, one big issue is small area data. One of the limitations and the frustrations, as a municipal government working on municipal initiatives, is that when the indicators are being developed, we do not want to have an exercise where we drive indicators available in the data. We do not want a fishing expedition. When you try to play the indicators out on a local level, they seem to be inherently immeasurable for a range of reasons. How you have that sensitivity to be able to understand these dynamics at a local level is important. The census does an excellent job of capturing those small area dynamics. The challenge is how to take health data, particularly administrative data, and make it compatible with those small area geographies available through the census.

Regarding the Infoway initiative, one question had a practical level, namely, will there be a column in all the data collected that provides a postal address or a postal code — that is, something that allows us to take what will be reams of data and allow us to link it back to the small areas that we are talking about. At the end of the day, that is how we do it. We find something that allows us to connect a person’s admission into a hospital and all the information that follows back to their residence, typically, or a place of work. That is what makes it work. When that does not get collected consistently, then all that information is typically lost. Those who work at that level know that, when you are designing those administrative data sets, the little pieces of information become vital. It is called “administrative data” because it is collected for administrative purposes, not policy purposes. The sensitivity to the policy and the research application must be done at the outset. The advantage of the Infoway initiative is that we are at the outset. The challenge is retrofitting the wide range of existing administrative data systems to make that work. We collect the information in a particular small area focussing on the geography. We just heard about mapping. The use of information systems allows us to integrate social and health data. Geographic information systems were designed for that purpose.

This country has become quite good over the last two or three decades in that area. There is a program called GeoConnections through Natural Resources Canada that supports that sort of integration. That work is being done.

There are also issues as to how to access data. I mentioned the community social data strategy that brings together local organizations within municipalities, school boards and health regions. How they access the data is very important. There are

et de saisir ce dont nous avons parlé plus tôt aujourd’hui, à savoir les limites inframunicipales et les limites des quartiers, des régions, non seulement pour comprendre ces inégalités, vu tout ce que font les administrations municipales, mais également pour tenir compte des déterminants non médicaux de la santé. Il est donc important de regarder les choses sous l’angle des municipalités.

Quand il est question de géographie, les données régionales sont un aspect essentiel. Une administration municipale qui travaille à une initiative municipale doit composer avec des limites et des frustrations : par exemple, elle ne veut pas avoir à orienter les indicateurs dans les données pendant qu’ils sont en cours d’élaboration. Les municipalités ne veulent pas y aller à l’aveuglette. Quand on essaie d’appliquer des indicateurs à l’échelle locale, il apparaît fondamentalement impossible de les mesurer pour différentes raisons. Il est important d’avoir cette forme de sensibilité pour pouvoir comprendre la dynamique à l’échelle locale. D’ailleurs, le recensement saisit parfaitement la dynamique des régions. Le défi consiste donc à rendre compatibles les données sur la santé, tout particulièrement les données administratives, avec les données régionales recueillies par le biais du recensement.

Quant à l’initiative d’Inforoute, une question sur le plan pratique a été soulevée : y aura-t-il, pour l’ensemble des données recueillies, une colonne qui indique une adresse postale ou un code postal, c’est-à-dire un élément qui nous permette de prendre toutes ces données et de les relier aux régions en question. Au bout du compte, c’est la façon dont nous procédons. Nous trouvons quelque chose qui, à partir des données d’admission à l’hôpital et des données connexes, nous ramène au lieu de résidence, ou au lieu de travail de la personne. Voilà ce qui fait que ça fonctionne. En règle générale, lorsque ces renseignements ne sont pas recueillis systématiquement, alors ils sont perdus. Les personnes qui travaillent à ce niveau-là savent que lorsqu’on forme des ensembles de données administratives, le moindre renseignement est crucial. Nous les désignons sous le nom de données administratives parce qu’elles sont recueillies à des fins administratives, et non pas pour les besoins des politiques. Il faut tenir compte dès le départ de leur application en ce qui a trait aux politiques et à la recherche. L’avantage de l’initiative d’Inforoute, c’est que nous en sommes à nos premiers pas. Pour que l’initiative soit une réussite, il faut adapter les nombreux systèmes de données administratives en place. Voilà le défi. Nous recueillons des renseignements sur une région donnée en mettant l’accent sur l’aspect géographique. Nous venons tout juste d’entendre parler des fonctions cartographiques. Les systèmes d’information nous permettent d’intégrer des données sociales et des données sur la santé. Les systèmes d’information géographique ont été conçus à cette fin.

Le Canada s’est beaucoup amélioré sur ce plan au cours des deux ou trois dernières décennies. Il existe d’ailleurs un programme du nom de GéoConnexions, dirigé par Ressources naturelles Canada, qui appuie ce type d’intégration. Ce travail est en cours.

On s’interroge également au sujet de l’accès aux données. J’ai mentionné la Stratégie d’accès communautaire aux statistiques sociales, qui rassemble les diverses organisations des municipalités, les arrondissements scolaires et les districts de

tools available. The least sophisticated is picking up the phone and talking with someone at Statistics Canada. That could potentially take a few months to obtain a particular data set. However, there are ways to do remote programming. Statistics Canada also has a research data centre model with a capacity for remote access. How we start building capacity to allow programmers with skill sets to do that across the country would be part of the challenge as well.

Again, this is all about that municipal small area perspective that we have heard a lot about this morning. It is quite exciting.

On the infrastructure side of this issue, I have been trying to think of an analogy between roads and highways and what we are talking about here. This is about building a national small area data infrastructure. For those of us who work in this area, we do not see this as being fuzzy-wuzzy infrastructure; this is hard core infrastructure. There are many shovel-ready social data and health data infrastructure projects ready to go. They have all sorts of jobs attached to them that are relatively gender balanced, which is an issue that has arisen regarding infrastructure stimulus.

I was trying to determine whether the analogy with the roads and highways was fair. I would love to hear someone say this is stretching it. However, sometimes I have the sense that we are worrying too much about which cars will be going on the highway. Will they be SUVs or something else?

The first step in building infrastructure is acquiring the rights-of-way. You can sort out all other details later. There may be legitimate debate about whether we want to build a rail system or one that accommodates cars and trucks, but we may already know that. We do not seem to have invested in that basic infrastructure of acquiring the rights-of-way that connect many of the initiatives already ongoing.

There is a great deal of interesting integration of small area social and health data at a local level within provinces. The challenge is how to integrate these, but you integrate it with that infrastructure. How do we manage that complexity and diversity? The danger of the national framework is that you oversimplify and do not allow for the complexity playing out locally. Perhaps the framework has to be more about defining a set of strategic goals and intended outcomes. Even a rigid set of indicators may not play out in the end. You will spend all your time designing those cars and not the hard core infrastructure.

Those are some comments from the perspective of municipal governments. Geography is all about understanding how everything we are talking about here plays out at a local level within municipalities or at the neighbourhood level. That level of attention seems to be vital to an understanding of population health and having an effective set of interventions. Then, the

santé. La façon dont ils accèdent aux données est très importante. Il existe des outils à cette fin. La méthode de base consiste à appeler directement Statistique Canada, et on pourrait attendre des mois pour obtenir un ensemble de données. Toutefois, il est possible de programmer à distance. Statistique Canada dispose aussi d'un modèle de centre de données de recherche doté d'un accès à distance. Trouver le moyen de permettre aux programmeurs compétents d'assurer cette fonction n'importe où au pays fait partie du défi à relever.

Encore une fois, nous en revenons au point de vue des municipalités dont nous avons beaucoup parlé ce matin. C'est captivant.

Pour ce qui est de l'infrastructure, j'ai essayé de trouver une analogie entre les routes et les autoroutes et ce dont nous discutons aujourd'hui. Il s'agit de construire une infrastructure nationale de données régionales. Ceux parmi nous qui travaillent dans le domaine ne considèrent pas que cette infrastructure soit farfelue; elle est fondamentale. Beaucoup de projets d'infrastructure de données sociales et de données sur la santé sont prêts à être lancés. Toutes sortes d'emplois qui pourraient être assez répartis entre les hommes et les femmes sont associés à ces projets. C'est d'ailleurs une question qui a été soulevée au sujet des investissements dans l'infrastructure.

Je me demandais si l'analogie avec les routes et les autoroutes était convenable. J'aimerais bien que quelqu'un dise qu'elle va trop loin. Cependant, j'ai parfois l'impression que nous nous préoccupons trop de savoir quels véhicules circuleront sur l'autoroute. Est-ce qu'il s'agira de véhicules utilitaires sport ou d'autres types de véhicules?

La première étape dans la construction d'une infrastructure est d'acquérir les droits de passage. On peut s'occuper de tous les autres détails par la suite. Il peut être légitime de se demander si nous voulons construire un réseau ferroviaire ou un réseau pour les voitures et les camions, mais nous avons peut-être déjà la réponse. Il semble que nous n'ayons pas investi dans l'infrastructure de base, à savoir l'acquisition des droits de passage, pour relier de nombreuses initiatives en cours.

L'intégration de données sociales régionales et de données régionales sur la santé à l'échelle locale dans les provinces présente un grand intérêt. Le défi consiste à déterminer comment les intégrer, mais on le fait à l'aide de l'infrastructure. Comment gérons-nous la complexité et la diversité des données? Le danger associé au cadre national est de trop simplifier et de ne pas tenir compte de la complexité à l'échelle locale. Peut-être que le cadre devrait être davantage axé sur la définition d'un ensemble d'objectifs stratégiques et de résultats visés. Même un ensemble rigide d'indicateurs pourrait ne pas porter fruit au final. Et nous aurons alors consacré tout notre temps à concevoir les voitures plutôt que l'infrastructure fondamentale.

Certains points doivent être soulignés du point de vue des administrations municipales. Dans une optique géographique, il est impératif de comprendre comment tout ce dont nous parlons ici se concrétise à l'échelon des municipalités ou des quartiers. Ces considérations semblent essentielles pour comprendre la santé des populations et disposer d'un ensemble d'interventions efficaces.

infrastructure side of this literally would be how to treat this 21st century and 22nd century infrastructure investment where we need to go beyond simply worrying about asphalt.

Vivek Goel, President and Chief Executive Officer, Ontario Agency for Health Protection and Promotion: I worked as a public health researcher for about a decade as many of these initiatives were being discussed. I then went off to sleep for ten years as a university administrator. I have now come back to build a public health agency for Ontario.

I bring a perspective wherein I missed out on how much progress has been made. There is some sense of hand-wringing, but most of the organizations represented around this table were not there ten years ago. We had Health Canada and Statistics Canada. Now we have CIHI, the Canadian Population Health Initiative and the Public Health Agency of Canada. There has been a lot of progress at the national level.

I do not think we have a shortage of indicators — Mr. Wolfson can hold up his book again. I think someone mentioned 600 indicators in their data set. Ontario's public health epidemiologists have a list of 300 indicators on which health units report. We certainly need consensus. I understand there was another consensus conference held on pan-Canadian indicators. My sense is that that will continue to work.

We do not have a shortage of data. What we have is a shortage of information and knowledge from the data, and the ability to bring it together. What is missing is a clear idea of what we want to do with that data, or a clear set of the questions we want to pose, as it was put previously. I do not think the questions can be posed until the goals are clear. Your earlier paper certainly talked about this aspect.

The health goals for Canada now are a wonderful set of aspirational statements. However, they do not get to the operational level to address what we will be doing on which population by which time period. Health Infoway has set a goal here of 50 per cent of Canadians by 2010. I will be looking forward to seeing whether that is met, but it is a measurable statement. We are missing that for population health now. Until you have those goals, you cannot start to address what a clear set of indicators should be.

I have a few other points. Having said that there is lots of data, it is also clear there are many gaps. I would caution that before we go off into new areas, we have gaps in fundamental data. Mr. Wolfson, what is the most recent year we have complete mortality statistics for?

Mr. Wolfson: 2005.

Par ailleurs, du point de vue de l'infrastructure, il convient de se demander comment mettre à profit les investissements des XXI^e et XXII^e siècles dans les infrastructures en ne se souciant pas uniquement de l'asphalte.

Vivek Goel, président-directeur général, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé : J'ai travaillé comme chercheur dans le domaine de la santé publique pendant environ dix ans à l'époque où ces initiatives étaient à l'étude. Je suis ensuite devenu administrateur d'université pour me reposer un peu. Je suis de retour pour mettre sur pied une agence de santé publique pour l'Ontario.

Je n'ai pas pu suivre de près les progrès qui ont été faits. Je sens que certains sont insatisfaits, mais la plupart des organisations représentées à cette table n'étaient pas là il y a dix ans. Il y avait Santé Canada et Statistique Canada, et nous avons maintenant l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Initiative sur la santé de la population canadienne et l'Agence de la santé publique du Canada. Beaucoup de progrès ont été faits à l'échelle nationale.

Je ne crois pas que nous manquions d'indicateurs. M. Wolfson peut attendre un peu. Je pense que quelqu'un a mentionné qu'il y a 600 indicateurs dans ses données. Les épidémiologistes de la santé publique de l'Ontario ont une liste de 300 indicateurs sur lesquels les services de santé établissent des rapports. Il est certain que nous devons obtenir un consensus. Je crois comprendre qu'il y a eu une autre conférence de concertation sur les indicateurs pancanadiens. J'ai l'impression que les choses vont continuer de bien fonctionner.

Nous ne manquons pas de données; en fait, ce qui nous manque, c'est de l'information et des connaissances tirées de ces données, et la capacité de les regrouper. Ce qu'il nous faut, c'est une idée claire de ce que nous voulons faire avec ces données ou un ensemble défini de questions que nous voulons poser, comme nous l'avons dit plus tôt. Je ne crois pas qu'on puisse poser ces questions avant que les objectifs soient clairs. L'article que vous avez présenté traitait de cet aspect.

À l'heure actuelle, les objectifs en matière de santé au Canada sont une série d'énoncés idéalistes. Toutefois, ils ne tiennent pas compte du plan opérationnel et n'expliquent pas quelles mesures seront prises, auprès de quelles populations et quelles seront les échéances. Inforoute Santé s'est fixé comme objectif d'atteindre 50 p. 100 des Canadiens d'ici 2010. J'ai bien hâte de voir s'il sera atteint. Il s'agit d'un objectif mesurable, et c'est ce qu'il nous manque en ce qui a trait à la santé des populations. On ne peut pas commencer à définir un ensemble d'indicateurs clairs avant d'avoir fixé ce genre d'objectifs.

J'aimerais aborder quelques autres points. J'ai dit qu'il y avait beaucoup de données, mais il est clair qu'il y a aussi beaucoup de lacunes. Je vous signale qu'il y a des lacunes dans les données fondamentales et qu'il faut y remédier avant de s'engager dans de nouveaux domaines. Monsieur Wolfson, à quelle année faut-il remonter pour avoir des statistiques complètes sur la mortalité?

M. Wolfson : 2005.

Mr. Goel: We are now in 2009. This is not because the data are not available. These issues go into your next topic on the agenda. Fundamental issues persist around the sharing of basic data that can be used to derive validated measures that can look at a variety of information such as mortality or birth weights. This data provides detail at a very limited geographic area to look at inequities and disparities and to monitor programs and changes.

However, we cannot produce those in a timely manner. We have wonderful new opportunities to pursue but we also need to look at obtaining some of these fundamental data in a timely manner that also allows for international comparisons between jurisdictions.

The electronic health record certainly will be a major system. I hope it will not take 20 years to figure it out. I know this is in the Health Infoway charter that the primary focus is on delivering clinical information systems, which Mr. Sheridan outlined. It is important that we not forget about the secondary uses. I know it will include the six character postal code. When it will be available is an important issue, but we know that detail will be included.

As we look at these systems, it is important that we think about these other uses. I would caution us not to use phrases like "secondary uses of data," because these are primary uses of that data for purposes of population health monitoring and surveillance, et cetera. We fall into a trap when we lump the clinical uses, population uses and research uses as primary uses. In that sense, everything else becomes secondary. There are many different kinds of secondary uses, and some are as important as the primary use.

As an example, I learned a few weeks ago that ethnicity has been dropped as a variable. I am not sure of the current status of this item on the panorama public health system and I do not know the basis for the decision. From a population health perspective, ethnicity is a very important variable. I suspect it was a case where someone decided that, from a primary user's perspective, it would be hard to capture this data, and somewhere in one of those federal-provincial tables it was dropped. This lens has to be applied at all the decision-making tables on all these system developments.

The issue of local data has come up quite a bit, and I think it is important to ensure we have the information at the smallest geography possible. I think someone said in a sense, subdivisions will not map a neighbourhood. A six-character postal code is the best local code we have. The ability to take that and re-profile it in different ways across all our systems is important.

M. Goel : Nous sommes maintenant en 2009. Ce n'est pas que les données ne sont pas disponibles. Ces questions se rapportent au prochain point à l'ordre du jour. Il reste des questions fondamentales à régler au sujet de l'échange des données de base desquelles on peut dégager des mesures éprouvées qui tiennent compte d'une foule de renseignements concernant par exemple la mortalité et le poids à la naissance. Ces données nous donnent des détails sur des régions géographiques très précises qui nous permettent d'observer les inégalités et les disparités et de suivre de près les programmes et les changements.

Toutefois, nous ne pourrons pas produire de telles données très rapidement. De fantastiques nouvelles possibilités s'offrent à nous, mais nous devons tenter d'obtenir une partie de ces données fondamentales en temps voulu pour pouvoir faire des comparaisons à l'échelle internationale.

Le système des dossiers de santé électroniques sera certainement de grande envergure. J'espère qu'on ne mettra pas 20 ans à y arriver. Je sais que la priorité absolue de la charte d'Inforoute Santé est de produire des systèmes d'information clinique, comme M. Sheridan l'a souligné. Il ne faut surtout pas oublier les utilisations secondaires. Je sais que le système comprendra les six caractères des codes postaux. Nous savons qu'il aura cette fonction, mais quand? Voilà une question importante.

Il importe également de considérer les autres utilisations de ces systèmes. Je vous conseille d'éviter de parler d'« utilisations secondaires des données » lorsqu'il est question par exemple de surveillance de la santé des populations, car ces utilisations sont importantes. Nous tombons dans un piège lorsque nous qualifions les utilisations cliniques et les utilisations liées à la population et à la recherche d'« utilisations principales ». C'est comme si tout le reste devenait secondaire. Il existe bien des utilisations secondaires, et certaines sont aussi importantes que les utilisations principales.

À titre d'exemple, j'ai appris il y a quelques semaines que l'ethnicité était une variable qui avait été abandonnée. Je ne sais pas quel est le statut actuel de cet élément dans le tableau du système de santé publique, et je ne connais pas le fondement de cette décision. Du point de vue de la santé des populations, l'ethnicité est une variable très importante. Je présume qu'il s'agit d'un cas où quelqu'un a décidé que, du point de vue d'un utilisateur principal, il serait difficile de recueillir cette donnée, et que, à l'une de ces tables fédérales-provinciales, cette variable a été abandonnée. Cette optique doit être appliquée à toutes les tables de décision concernant toutes ces élaborations de système.

La question des données locales a été soulevée fréquemment, et je crois qu'il est important de s'assurer que nous disposons de l'information à l'échelle géographique la plus petite possible. Je crois que quelqu'un a dit dans un certain sens que les subdivisions ne permettront pas de cartographier un quartier. Le code postal composé de six caractères est le meilleur code local que nous ayons. La capacité de prendre cette information et de l'analyser de nouveau de différentes manières dans l'ensemble de nos systèmes est importante.

It is also important for us to learn from other disciplines — community accounts certainly takes a broad perspective — and from the private sector. If you go to any of the firms such as Environics, they can tell you about a block face and they have profiles of the people who live there and, for marketing purposes, what is going on inside each of those houses. The methods they use do not rely on collecting all those detailed characteristics about every house. They take the data from the census, along with data from multiple other streams, and then impute values using modeling techniques to come up with profiles for those neighbourhoods. We can learn a lot in the sort of work we want to do to create the kinds of reports that are important at the community level.

For me, the most exciting part of having come to this meeting was the opportunity to look at Community Accounts. I played around on the website. It is a wonderful tool and delivers a lot of community level information. However, for a lot of those variables, when you really drill down into what I want to know for my local community, the answer comes back that the data is not available for your local community and it provides the next level up in geography, or many levels up. Some of these other methods could be used to then create for that community the approximation and the imputation of what is going on.

Just to close with the question from Senator Eggleton about the organizational architecture, I would make a plea to not create more organizations. It is wonderful that we have the ones that are sitting here, but we do not need more organizations in this area. I think, as Mr. Berthelot said, the partnerships and the models need to be very clear. The importance of working together with the provinces and territories as well as the federal government on this, I think you do have a model of something that has worked well across this area and it is the Canadian Population Health Initiative. The projects have been mentioned several times throughout the morning. It is a small organization but is the kind of organization we need in these areas that can work to build the bridges across many other groups working at the national level, as well as across the provinces and territories.

Senator Eggleton: In response, Mr. Chair, I really did not mean to suggest setting up a new organization. I meant how we could evolve a partnership, and who would take lead roles.

The Chair: We do have to address linkage and privacy issues, and we have until eleven o'clock to do so. The next speakers are Mr. Wolfson, Mr. Berthelot, Ms. Dodds and Mr. Smith. Perhaps you four people could deal with both issues. In other words, say what you wanted to say and deal with the linkage and privacy issues.

Il est également important pour nous d'apprendre d'autres disciplines — les comptes communautaires ratissent certainement large — et du secteur privé. Consultez une firme comme Environics par exemple; ils pourront tout vous dire sur un côté d'îlot. Ils possèdent les profils des personnes qui y vivent et, à des fins de marketing, ils savent ce qui passe dans chacune de ces maisons. Les méthodes que ces firmes utilisent ne s'appuient pas sur la collecte de toutes ces caractéristiques détaillées pour chaque maison. Elles utilisent les données recueillies dans le cadre du recensement, ainsi que les données qui proviennent de multiples autres sources, puis elles déterminent des valeurs à l'aide de techniques de modélisation afin de créer des profils pour ces quartiers. Nous pouvons en apprendre beaucoup sur le type de travail que nous désirons réaliser pour élaborer les types de rapports qui sont importants au niveau communautaire.

À mon avis, la partie la plus stimulante de ma participation à cette réunion a été l'examen des comptes communautaires. J'ai exploré le site Web. C'est un outil extraordinaire qui présente une foule d'information au niveau communautaire. Cependant, pour bon nombre de ces variables, si je cherche à approfondir un aspect de ma collectivité que je souhaite mieux connaître, la réponse que j'obtiens est qu'il n'y a pas de données disponibles pour cette collectivité, et on obtient l'information du niveau géographique supérieur, ou parfois de plusieurs niveaux supérieurs. Certaines de ces autres méthodes pourraient être utilisées pour créer ensuite une approximation ou une imputation de ce qui se passe dans une collectivité donnée.

Pour conclure avec la question du sénateur Eggleton concernant l'architecture organisationnelle, je demanderais que l'on ne crée pas d'autres organisations. Nous sommes comblés d'avoir celles qui sont représentées ici, mais nous n'avons pas besoin d'autres organisations dans ce domaine. Je crois, comme l'a dit M. Berthelot, que les partenariats et les modèles doivent être très clairs. Il est important de travailler de concert avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec le gouvernement fédéral. Je crois que l'Initiative sur la santé de la population est un modèle qui a bien fonctionné dans le domaine qui nous occupe. Les projets ont été mentionnés à plusieurs reprises ce matin. Il s'agit d'une petite organisation, mais d'une organisation nécessaire dans ces domaines et qui peut aider à jeter des ponts entre les nombreux autres groupes qui travaillent au niveau national ainsi qu'aux niveaux provincial et territorial.

Le sénateur Eggleton : En réponse à cette affirmation, monsieur le président, je tiens à souligner que je n'ai jamais suggéré de créer une nouvelle organisation. Je parlais de ce qui pourrait être fait pour en arriver à un partenariat et de qui pourrait assumer les rôles de direction.

Le président : Nous devons nous pencher sur les questions de l'établissement de liens et de la protection des renseignements personnels. Nous avons jusqu'à onze heures pour ce faire. Les prochains intervenants sont M. Wolfson, M. Berthelot, Mme Dodds et M. Smith. Peut-être que vous quatre pourriez parler de ces deux questions. Autrement dit, parlez de ce dont vous vouliez parler et ajoutez-y les questions de l'établissement de liens et de la protection des renseignements personnels.

The only thing I would say about this is that I am not a high-tech guru, but I have wasted more hours of my life than I care to admit sitting on committees dealing with the development of electronic medical records and the initial development of Infoway, and all of this that took five years of sittings. The one thing that would always get me down was the amount of time we spent on privacy. Again, as a simplistic surgeon, I always thought that the patient owns the information; let him build whatever firewalls he wants and put whatever information he is willing to give into the data bank and let us get on with life. However, I suppose that is too simplistic.

Mr. Wolfson: I want to pick up briefly on some of the earlier comments. First is on the small area geography. We observe instantly at Statistics Canada that the finer the geography, if we go from national to provincial, provincial to municipal, municipal to health region, the amount of interest in the data increases dramatically at the finer geography. There is no question that that is important.

Mr. Goel pointed to this: There is a question about the availability of the underlying data. I would caution us not to take the population census, for example, for granted. There are two parts to the population census: There is 2(a), which is fundamental and is required to enumerate the population electoral districts and things like that, and then there is the 2(b), which is the one-in-five subsample where you get the long form. Every five years, there is always a debate inside the government about what will be on it, how will it be funded. If anything, the kinds of information we are talking about from a health and determinants point of view would require that the 2(b) be expanded in order to provide a frame for some of the kinds of evaluation.

As I am sure Mr. Hollett could tell us, it is one thing to get the counts of the population by industry and occupation, but it is quite another to get smoking rates and physical activity data down at the neighbourhood level. We just do not have it. To some extent, as Mr. Goel has said, modeling can help but sometimes you would rather not rely on the guesstimating involved in modeling.

There was a comment, and I cannot remember who made it, that neighbourhood area stuff and longitudinal stuff do not go together. If the committee has not heard from Clyde Hertzman in British Columbia, that is a nice example of working at the community level in this case with readiness-to-learn indicators, and following up the kids to see what is happening. It sounds as though it is a process that energizes those communities that have their act together.

La seule chose que je dirais à cet égard c'est que je ne suis pas un spécialiste de la haute technologie, mais que j'ai perdu plus d'heures de ma vie que je n'ose l'admettre à siéger à des comités qui se penchaient sur la question de l'élaboration de dossiers médicaux électroniques et sur le développement initial de l'Inforoute. Il aura fallu cinq ans de travail pour ce faire. Ce qui me renverse, c'est tout le temps que nous avons passé à discuter de la protection des renseignements personnels. Encore une fois, le simple chirurgien que je suis a toujours pensé que c'est le patient qui est le propriétaire de l'information. Laissez-le installer les pare-feu de son choix et divulguer l'information qu'il est prêt à faire verser dans la banque de données, et que la vie continue. Mais, j'imagine que c'est une vision trop simpliste.

M. Wolfson : Je souhaite revenir brièvement sur certains des commentaires qui ont été faits précédemment. Tout d'abord, la question de la petite zone géographique. Nous observons instantanément, à Statistique Canada, que plus la région géographique s'affirme, quand on passe de l'échelle nationale à l'échelle provinciale, puis de l'échelle provinciale à l'échelle municipale, puis de l'échelle municipale à l'échelle de la région sanitaire, plus l'intérêt pour les données augmente. Il ne fait aucun doute que cela est important.

M. Goel a souligné qu'une question se posait au sujet de la disponibilité des données sous-jacentes. Nous devons être prudents et ne pas tenir le recensement de la population, par exemple, pour acquis. Le recensement de la population est composé de deux parties : la partie 2(a), qui est fondamentale et nécessaire pour dresser la liste des circonscriptions et d'autres choses du genre, et la partie 2(b), qui est un sous-échantillon que l'on retrouve dans le formulaire long distribué à un ménage sur cinq. Tous les cinq ans, il y a un débat au sein du gouvernement concernant les éléments qui devraient s'y trouver et la manière dont il sera financé. En fait, pour obtenir l'information dont nous parlons, concernant la santé et les déterminants, il faudrait que la partie 2(b) soit allongée afin de fournir un cadre pour certains types d'évaluation.

Comme, j'en suis convaincu, M. Hollett pourrait nous le dire, c'est une chose de connaître les chiffres de population par industrie et par emploi, mais c'en est une autre de connaître le pourcentage de fumeurs et les données relatives à l'activité physique à l'échelle du quartier. Nous ne les avons tout simplement pas. Dans une certaine mesure, comme l'a mentionné M. Goel, la modélisation peut être utile, mais parfois, il est préférable de ne pas se fier aux approximations inhérentes à la modélisation.

Quelqu'un a formulé un commentaire, je ne me rappelle plus qui, voulant que les trucs relatifs aux quartiers et les trucs longitudinaux ne vont pas ensemble. Pour les membres du comité qui n'auraient pas entendu parler du travail de Clyde Hertzman, de la Colombie-Britannique, voilà un bon exemple de travail au niveau communautaire avec des indicateurs de capacité d'apprentissage. Un suivi des enfants est ensuite effectué pour évaluer les résultats. Il semble que ce soit un processus qui stimule les collectivités qui doivent travailler ensemble.

I would like to say a bit on privacy as a segue into a comment about Senator Eggleton's question. I want to reinforce what Mr. Berthelot said about the public good aspect of the data we are talking about. I did get agreement, one time when I was on a podium recently, saying that there is a privacy chill in the country, but notwithstanding the debate we had, I do think there is. I would add to that; I think there is a fear-of-embarrassment chill.

Sitting where I do at Statistics Canada, we have been working for three or four years with the power of the Statistics Act, the chief statistician writing to all the deputy ministers of health across the country saying "We have half a million people who have given us their permission to link their survey results to their provincial health care records. Would you please give us the provincial health care records?" We have two provinces that have signed an MOU so far, and a couple more are on the edge. However, this is taking years, and it is in the Constitution that statistics are a federal responsibility. It is in the federal Statistics Act that we have the authority to collect this data. We regularly keep track of all the provincial acts, and every single provincial act says that you are allowed to divulge this data if otherwise required in law, which is the opening for Statistics Canada, yet things seem to take forever. I can understand that if you are a public servant and you are risk-averse, it is easier to say no than to take the chance of sending the data out.

That is a bit of a segue I will use to Senator Eggleton's question on who should take the lead in all of this. I am not sure I have a great answer, but it is useful to go back in time. In the early 1990s, Martin Wilk, as former chief statistician, was asked by the former deputy minister of health at what was then the National Information Council to look at Canada's health information system. Martin Wilk does not pull any punches and his summary description was that our health information system was in a deplorable state. As former chief statistician, it would have been easy for him to say "We will give Statistics Canada a lot more clout." However, he did not and the report did not recommend that, and we had a lot of debate about this issue. Instead, he recommended the creation of CIHI, in effect, although CIHI has not evolved in the way that was originally envisaged. The insight in that report was to say that there are too many players in the health information landscape for Statistics Canada, as a federal department, to play the lead role. There needs to be some sort of a coalition, a partnership that brings a sprinkling of deputy ministers, people from the health and medical professions and the research community together around a table. In the report, it was called the health information coordinating council. There was a separate recommendation for an organization that would bring together, for example, financial data and patient data, which

J'aimerais parler un peu de la protection des renseignements personnels pour aller dans le sens d'un commentaire qui a été fait sur la question du sénateur Eggleton. Je tiens à réaffirmer ce que M. Berthelot a dit au sujet de l'aspect intérêt public des données dont nous parlons. Au cours d'une allocution que j'ai présentée récemment, j'ai obtenu l'accord de tous en disant que la protection des renseignements personnels au pays est entourée d'une aura de peur. En dépit du débat que nous avons eu, je crois que cette peur existe bel et bien. Et j'ajouterais qu'il existe, à mon avis, une peur de l'embarras.

Dans le cadre de mes fonctions à Statistique Canada, nous avons travaillé pendant trois ou quatre ans avec la Loi sur la statistique. Le statisticien en chef a écrit à tous les sous-ministres de la santé du pays pour leur dire qu'un demi-million de personnes nous avaient donné l'autorisation de lier leurs réponses au sondage à leurs dossiers de santé provinciaux et il a demandé aux sous-ministres de nous fournir ces dossiers de santé provinciaux. Jusqu'à maintenant, deux provinces ont signé un protocole d'entente et deux autres sont sur le point de le faire. Cependant, cela prend des années. Et aux termes de la Constitution, les statistiques sont du ressort du gouvernement fédéral. C'est la Loi sur la statistique fédérale qui nous confère le pouvoir de collecter ces données. Nous examinons régulièrement toutes les lois provinciales, et toutes confèrent le droit de divulguer ces données si cela est exigé par la loi, ce qui constitue une ouverture pour Statistique Canada. Malgré tout, les choses semblent s'éterniser. Je peux comprendre que si vous êtes fonctionnaire et peu enclin à prendre des risques, il est plus simple de refuser que de prendre le risque de transmettre les données.

Pour répondre à la question du sénateur Eggleton concernant qui doit assumer la responsabilité de la direction dans tout ceci, je ne suis pas certain d'avoir une bonne réponse, mais il est utile de retourner dans le temps. Au début des années 1990, l'ancien sous-ministre de la Santé, qui faisait alors partie du Comité canadien de l'information, a demandé à Martin Wilk, à titre d'ancien statisticien en chef, d'examiner le système d'information sur la santé du Canada. Martin Wilk n'y est pas allé par quatre chemins. Il a dit dans sa description sommaire que notre système d'information sur la santé se trouvait dans un état déplorable. À titre d'ancien statisticien en chef, il lui aurait été facile de dire qu'il donnerait plus de poids à Statistique Canada. Cependant, il ne l'a pas fait et cela n'a pas été recommandé dans le rapport. Nous avons eu de nombreux débats à cet égard. Il a plutôt recommandé la création de l'ICIS, malgré le fait que l'ICIS n'ait pas évolué de la manière prévue initialement. L'idée de ce rapport était de dire qu'il y avait un trop grand nombre d'acteurs dans l'univers de l'information sur la santé pour que Statistique Canada, un organisme fédéral, joue le rôle de leader. Il fallait créer une sorte de coalition, un partenariat qui rassemblerait autour d'une même table des sous-ministres, des professionnels de la santé et des chercheurs. Dans le rapport, on appelait ce regroupement le Conseil de coordination des renseignements sur la santé. Une

were in two separate organizations previous to that. We should put the dollars and people together if we are ever to do a cost-effectiveness evaluation

The CIHI board has been tremendously effective and works well. Its focus, quite naturally, has become predominantly the management of the CIHI organization, which is fine, although there is a recent example in the partnership with Infoway — pursuant to CDM direction — to look more broadly at what we will not call secondary use but population uses, for example, of the emerging health record.

I look at the first ministers' accords that started in 2001-02 and there was a bit of a push — Lord knows, I was not in the room so I do not know in detail — for better health information. The trouble was that it was tied to accountability, which immediately got the hackles up of the provinces. While there was a large fiscal transfer from the federal government to the provinces, there was this other thing that, from an information point of view, was perhaps unfortunate.

My sense now — and I agree completely with Mr. Goel's comment and that of others around the table — it is not time to create another organization. What would be best is if we can figure out some way to create a partnership amongst the key organizations. Then the question will be how you enforce anything there. It seems to me that the Conference of Deputy Ministers would need to play a key role there. Maybe somewhere there needs to be a secretariat to the partnership that would keep things together and act as the key focal point with the CDM.

I read through the testimony that the committee heard a month or so ago with Mel Cappe and Jim Mitchell where there was much talk about a big-program perspective, and reference was made to child benefits and the need for the Prime Minister and first ministers across the country to take a lead in these sorts of things. That may be entirely appropriate from the point of view of launching programs, but information is something that needs to have an ongoing apolitical or depoliticized structure to it. It should be outside of the fray, notwithstanding the good words that the former clerk had to say about the importance of the Prime Minister and leadership, maybe only to get it started. I think they used the phrase “below the radar” in their remarks, that this needs to be something that gets to be taken for granted.

The Chair: Mr. Wolfson, I want to respond to you before the other speakers. One of the things we looked at along the way is that there was a suggestion that we have a federal department of human development and corresponding provincial departments. I can tell you that that would not fly at all. You need the top level

recommandation distincte suggérait de créer une organisation qui permettrait de rassembler, par exemple, les données financières et les données sur les patients qui se trouvaient auparavant dans deux organisations distinctes. Nous devons regrouper les dollars et les gens si nous voulons faire une évaluation du rapport coût-efficacité.

Le conseil de l'ICIS est extrêmement efficace et il fonctionne bien. Naturellement, il s'est surtout consacré à la gestion de l'organisation de l'ICIS, ce qui est bien, mais le partenariat avec l'Inforoute — conformément à la directive de la CSM — nous a récemment donné un exemple de la possibilité d'examiner plus largement ce que nous n'appellerons pas utilisation secondaire, mais utilisation par catégorie d'intervenants, par exemple, du nouveau dossier de santé.

J'ai examiné les accords des premiers ministres qui sont entrés en vigueur en 2001-2002 et on y insiste — jusqu'à quel point? Je ne sais pas, je n'étais pas dans la salle, donc je ne connais pas les détails — pour obtenir une meilleure information sur la santé. Le problème, c'est qu'on la reliait à l'obligation de rendre compte, ce qui a immédiatement mis les provinces en colère. Bien qu'il y ait eu d'importants transferts financiers du gouvernement fédéral aux gouvernements provinciaux, il y avait cette autre dimension qui, du point de vue de l'information, n'était peut-être pas très heureuse.

J'ai maintenant l'impression — et je suis tout à fait d'accord avec le commentaire de M. Goel et ceux des autres personnes assises à cette table — que ce n'est pas le moment de créer une autre organisation. Il serait préférable que nous trouvions un moyen d'établir un partenariat entre les principales organisations. Ensuite, il faudra voir qui applique quoi et comment. Il me semble que la Conférence des sous-ministres devrait jouer un rôle clé en l'occurrence. Il faudrait peut-être envisager mettre sur pied un secrétariat pour le partenariat qui se chargerait d'assurer la cohésion de l'ensemble et qui agirait à titre de centre de liaison principal avec la CSM.

J'ai lu l'intégralité du témoignage de Mel Cappe et de Jim Mitchell que le comité a entendu il y a de cela environ un mois. On y a beaucoup parlé en termes de gros programme et on y a fait référence aux prestations pour enfants et à la nécessité pour le premier ministre du Canada et les premiers ministres des provinces de jouer un rôle de leader pour ce genre de choses. Cela peut être tout à fait approprié pour le lancement de programmes, mais l'information doit en tout temps avoir une structure apolitique ou dépolitisée. Elle doit être au-dessus de la mêlée, peu importe les bons mots que l'ancien greffier a eus relativement à l'importance du premier ministre du Canada et du leadership, peut-être uniquement pour mettre les choses en marche. Je crois les avoir entendus utiliser dans leur allocution les mots « à l'insu », et avoir mentionné que cela doit être quelque chose qu'il faudrait tenir pour acquis.

Le président : Monsieur Wolfson, je tiens à vous répondre avant les autres intervenants. Une des possibilités que nous avons envisagées était d'avoir un ministère fédéral du développement humain et les ministres provinciaux correspondants. Je peux vous dire qu'elle ne serait pas bien reçue. Ce sont les principaux comités

cabinet committees to drive this initiative. You are quite right; the information gurus do not have to interface at that level at all. They can do their own thing.

Productivity is why we went with this model. Our report has not been finally drafted yet, and we must write it in such a way that someday it can be wired. We are listening carefully to what all of you have to say. I just wanted you to know that.

Mr. Berthelot: With respect to Senator Eggleton's comments regarding who is taking the leadership, I think the issue about population health is not just health; it is population. It is very broad. I do not know that anyone has the mandate for knowing that at this stage.

Population health, in itself, is a relatively young policy and science, even though public health is an old science. The population health and health disparities are relatively new. There was the Lalonde report in 1973, but there was nothing much more before that, and we can argue whether or not it was population health. It is a young science and it is unclear to me who has the mandate to take the overall leadership.

However, I think leadership is being taken in specific areas. CIHI and Health Infoway, with Statistics Canada and PHAC and Health Canada — I think it is mainly CIHI and Health Infoway — have received a mandate from the Conference of Deputy Ministers. They are to ensure that, in the development and the implementation of the EHR — and more particularly what is called the EMR, or the physician's office electronic file — we look at not just providing a system that would allow information to be shared between physicians such that they can provide clinical care to the patient but also to ensure that we think ahead. We are not that far way from those systems. We are implementing them, but this is the second wave of the major investment — Mr. Sheridan can correct me — for Health Infoway. We need to think about what are the content standards: not just the infrastructure standards and the messaging standards, but what we should collect. Should we collect ethnicity? With respect to postal code, should we validate postal code and geo-coding such that, for system and population health use, it would already be made available?

How do you take the information from those transactional-based systems and make a repository that effectively allows pan-Canadian data to be put into that repository, comparisons to be made, allow an understanding, in summary, of the great things they are doing in diabetes care, for example? They have small complications for deputies. What are they doing that other regions are not doing? In order to do that, you need a repository with a common standard.

du Cabinet qui doivent diriger cette initiative. Vous avez parfaitement raison : les spécialistes de l'information n'ont pas du tout à intervenir sur ce plan. Ils peuvent travailler de leur côté.

Nous avons opté pour ce modèle en raison de la productivité. Notre rapport n'en est pas encore à sa version finale. Nous devons la rédiger de telle sorte qu'elle puisse être transmise un jour. Nous écoutons attentivement ce que tous les témoins ont à dire. Je voulais simplement que vous le sachiez.

M. Berthelot : Pour répondre aux commentaires du sénateur Eggleton concernant les personnes qui assumeront le leadership, je crois que le problème de la santé de la population ne porte pas uniquement sur la santé, mais sur la population. C'est très général. À cette époque, je ne crois pas que quiconque ait le mandat d'avoir réponse à cette question.

La santé de la population, en elle-même, est une politique et une science relativement jeune, malgré le fait que la santé publique n'est pas un concept nouveau. La santé de la population et les disparités en matière de santé sont des concepts relativement nouveaux. Le rapport Lalonde a été déposé en 1973. Rien n'avait vraiment été fait avant cette année-là, et on peut se demander s'il était question ou non de la santé de la population. C'est une nouvelle science, et je ne sais pas au juste qui a le mandat d'assumer l'ensemble du leadership.

Cependant, je crois que le leadership est assumé dans certains domaines. L'ICIS et l'Inforoute Santé, de concert avec Statistique Canada, l'ASPC et Santé Canada — je crois qu'il s'agit principalement de l'ICIS et de l'Inforoute Santé —, ont reçu un mandat à la suite de la Conférence des sous-ministres. Ils doivent s'assurer que, pour l'élaboration et la mise en oeuvre du dossier de santé électronique — et, plus particulièrement, ce qu'on appelle le dossier médical électronique, ou encore le dossier électronique du cabinet du médecin —, nous ne visons pas uniquement à nous doter d'un système qui permettrait la transmission de l'information entre les médecins afin qu'ils puissent fournir des soins cliniques aux patients, mais nous songeons aussi à l'avenir. Ces systèmes sont à portée de main. Nous en sommes à l'étape de la mise en oeuvre, mais il s'agit de la deuxième vague de l'important investissement — M. Sheridan peut me corriger — fait dans l'Inforoute Santé. Nous devons penser aux normes de contenu, non seulement aux normes d'infrastructure et aux normes de transmission de messages, mais également à l'information à recueillir. Devons-nous recueillir des données sur l'ethnicité? Et les codes postaux? Devrions-nous valider les codes postaux et la codification géographique de sorte qu'ils seraient déjà prêts à être utilisés dans le système et pour la santé de la population?

Comment faire pour récupérer l'information contenue dans les systèmes axés sur les transactions et créer un dépôt de données dans lequel on pourra regrouper efficacement les données de l'ensemble du Canada, comparer ces données et avoir une compréhension générale des traitements efficaces — pour les cas de diabète, par exemple? Il existe de petites difficultés dont les sous-ministres devraient être informés. Que font-ils que d'autres régions ne font pas? Pour y arriver, il est nécessaire d'avoir un dépôt de données qui est régi par une norme commune.

Does that mean that the EHR and EMR should be the same across the country? No. One purpose is to organize care, and care is organized differently. There are community access centres in Ontario, CLSC in Quebec and the role of health regions in the western provinces. The way the system is organized is completely different, which may trigger a need for a specific type of information when you do a transaction at the physician level.

However, that should not prevent the creation of a mechanism — because you do not need to have a real data base — that would ensure that information is collected with some content standard to support the use of information for system use in determining what works or not in the system, but also for population health, and mainly primary health care.

There is some leadership being taken, but who has the mandate to create that population health infrastructure? CIHI would be pleased to play a role and be a partner; that is the way we work. We do not have any legislative authority. We cannot invoke the Statistics Act, but we can invoke goodwill. The information we produce will be useful, and we have been very successful, in the last 15 years, in doing so.

Someone needs to be mandated to take that lead, in partnership with the key stakeholders. Perhaps Statistics Canada is well placed because it has a census and can slice and dice it in different ways, but CIHI has effectively been, for the last 15 years, the repository of health information. We need to bring social services into the picture, but I think we need to mandate someone to take that leadership. Not another organization; we have enough. We need leadership, working in partnership more than through legislation; that is the key.

With respect to leadership, we need leadership in privacy or the public-good aspect. We have a Privacy Commissioner, but I have not seen a public-good commissioner. I know that is an image, and I know some privacy commissioners do take public good into account. I do not read everything on privacy, but I have not read a report that criticizes the fact that we are not using information we collect to make informed policy decisions, to make informed programs for the good of citizens. That role seems to be missing. We need that advocacy role.

CIHI is playing an advocacy role in terms of information, and that is why we work with partners — the provinces, health authorities and all the partners in the health care system and population health. That leadership role on showcasing why we

Est-ce que cela signifie que le dossier de santé électronique et le dossier médical électronique doivent être les mêmes dans l'ensemble du pays? Non. Un des objectifs est d'organiser les soins, et les soins sont organisés différemment. En Ontario, il y a les centres d'accès communautaire; au Québec, il y a les CLSC; et dans les provinces de l'Ouest, il y a les régions sanitaires. Le système est organisé d'une manière tout à fait différente; ainsi, il peut être nécessaire pour un médecin d'obtenir une information précise lorsqu'il doit intervenir.

Cependant, cela ne devrait pas empêcher la création d'un mécanisme — parce qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une vraie base de données — qui permettrait de s'assurer que l'information est recueillie selon certaines normes de contenu afin d'avoir des données qui peuvent être utilisées dans le système et de déterminer ce qui fonctionne ou non dans le système, et qu'il y a de l'information sur la santé de la population et, principalement, sur les soins de santé primaires.

Il y a un certain leadership, mais qui a le mandat de créer cette infrastructure sur la santé de la population? L'ICIS serait heureux d'avoir un rôle à jouer, d'être un partenaire. C'est ainsi que nous travaillons. Nous n'avons pas d'autorisation législative. Nous ne pouvons nous prévaloir de la Loi sur la statistique, mais nous pouvons invoquer la bonne volonté. L'information que nous produisons est utile et cela fait 15 ans que nous en produisons avec beaucoup de succès.

Quelqu'un doit être mandaté pour assumer la direction en partenariat avec les principaux intervenants. Statistique Canada est sans doute en bonne position, car elle dispose d'un recensement qu'elle peut décortiquer de différentes manières. Toutefois, au cours des 15 dernières années, l'ICIS a fait office de dépôt des données sur l'information sur la santé. Nous devons inclure les services sociaux, mais je crois que nous devons mandater quelqu'un pour prendre le leadership de cette démarche. Je ne parle pas de créer une nouvelle organisation, nous en avons suffisamment. Nous avons besoin de leadership, de travailler en partenariat plutôt qu'en application d'exigences législatives. C'est ça la solution.

En ce qui a trait au leadership, nous en avons besoin pour la protection des renseignements personnels ou le bien collectif. Nous avons une commissaire à la protection de la vie privée, mais pas de commissaire au bien collectif. Je sais qu'il s'agit d'une image, et je sais que certains commissaires à la protection de la vie privée tiennent compte du bien public. Je ne lis pas tout ce qui s'écrit sur la protection des renseignements personnels, mais je n'ai pas lu un seul rapport qui critique le fait que nous n'utilisons pas l'information recueillie pour prendre des décisions de politique éclairées et élaborer des programmes convenablement étayés pour le bien des citoyens. Ce rôle semble faire défaut. Nous avons besoin de ce rôle de défense des intérêts.

L'ICIS défend les intérêts en matière d'information et c'est pourquoi nous travaillons avec des partenaires : les provinces, les autorités sanitaires et tous les partenaires du système de soins de santé et de la santé de la population. Ce rôle de leadership qui met

must use the information collected on individuals to inform our debate as a society is a key to effectively improving the economy and health of the population.

This is not something new. One of the StatsCan buildings is called the Jean Talon building, because Jean Talon did a census in the early French colony just to figure out what the effects were in order to effectively plan the development of the colony. The concept of using aggregate information on individuals to make public good is really part of our culture. The census is that, but I do not see a role. Leadership needs to be established somewhere.

The Chair: We will now have a specific 45-minute discussion. Next we have Karen Dodds.

Ms. Dodds: I will come back to Senator Eggleton and Senator Callbeck's questions and then go forward, as you have asked us to, chair.

What is the architecture needed? I am not a techy person at all. When I was introduced to Infoway and had discussions with Mr. Sheridan and others about architecture and standards, I had a hard time understanding, as someone who uses information to make decisions and build policy, what he was talking about, what they were talking about with architecture and standards. I used different analogies and I think Mr. Frojmovic's is one I would also use. To me it is a question of: is it a highway or a railroad?

With the railroad, if you go back quite a bit in time, they had different gauges for the tracks, so you literally had to either change cars or do something else because you could not go from one rail company's system to another because you lacked standards. They standardized that and now you can move.

If you use video conferencing today, you are brought down to the lowest common denominator, and there are always glitches because we still do not have good standards. What Infoway is about for me is not architecture like a building; it is more architecture as in "We have chosen a highway or a railway" or "We have decided it is air," and then the standards.

Someone spoke of data and holding and sharing. For me, Infoway is about moving and using data. It is not about holding data and having someone go back continuously to share. It is about moving and using data. If you think of the complexity of the health care system in Canada, I wonder why we say "system" when there is absolutely no system. There are hundreds of thousands of points of care; there were country doctors and doctors going back a couple of centuries who took notes, and that started data. You cannot hope to rip and replace. You need to do it in a fashion that is sensitive. Dr. Keon and his practice at one point had a practice of keeping data. You have to build on it. To me, that is what Canada Health Infoway has done in working with the provinces and local levels. You cannot just look to

en évidence la raison pour laquelle nous devons utiliser l'information recueillie sur les individus pour enrichir notre débat de société est essentiel à l'amélioration de l'économie et de la santé de la population.

Ce n'est pas nouveau. Statistique Canada a donné à l'un de ses édifices le nom de Jean-Talon en souvenir de Jean Talon qui a procédé à un recensement de la colonie au début du régime français dans le simple but de se faire une idée de ce qui en ressortirait pour planifier efficacement le développement de la colonie. Le concept de l'utilisation de données globales à l'égard des individus pour le bien collectif fait réellement partie de notre culture. C'est ça le recensement, mais je ne vois pas là un rôle de leadership. Le leadership doit être assumé ailleurs.

Le président : Nous aurons maintenant une discussion de 45 minutes sur un sujet particulier. Nous cédon la parole à Mme Karen Dodds.

Mme Dodds : Comme vous nous l'avez demandé, monsieur le président, j'aimerais revenir sur les questions du sénateur Eggleton et du sénateur Callbeck avant de poursuivre.

Quelle architecture est requise? Je ne suis pas du tout portée sur la technologie. Lorsqu'on m'a parlé pour la première fois de l'Inforoute et que j'ai discuté avec M. Sheridan et d'autres personnes de l'architecture et des normes, j'ai eu beaucoup de difficulté à comprendre de quoi il retournait, puisque j'utilise l'information pour prendre des décisions et élaborer des politiques. J'ai utilisé différentes analogies et je crois que j'utiliserais également celle de M. Frojmovic. Pour moi, la question est de savoir s'il s'agit d'une autoroute ou d'un chemin de fer.

Autrefois, les écartements de voies du chemin de fer étaient différents. Pour poursuivre son chemin, il fallait donc soit changer de voiture, soit opter pour un autre moyen, car il était impossible de passer du système d'une compagnie ferroviaire à celui d'une autre puisqu'il n'y avait pas de normes. L'ensemble des systèmes a été normalisé et on peut maintenant se déplacer.

Si on utilise la vidéoconférence, on est ramené au plus petit dénominateur. Il y a encore des déformations des signaux parce que nous n'avons toujours pas les bonnes normes. Pour moi, l'architecture de l'Inforoute n'est pas semblable à celle d'un édifice. Il s'agit plutôt de choisir entre l'autoroute ou la voie ferrée, ou encore d'opter pour la voie aérienne, puis de déterminer les normes qui s'appliquent.

Quelqu'un a parlé de la conservation et de l'échange des données. À mon avis, l'Inforoute consiste à transférer et à utiliser des données. Il ne s'agit pas d'un instrument pour conserver les données que quelqu'un doit continuellement aller consulter pour les partager. L'Inforoute consiste à transférer et à utiliser les données. Quand on pense à la complexité du système de soins de santé au Canada, je me demande pourquoi nous parlons de « système » alors qu'il n'y en a aucun. Il existe des centaines de milliers de points de services de santé. Il y a de cela deux siècles, des médecins de campagne et des médecins ont commencé à prendre des notes, et c'est ainsi qu'est née la collecte de données. On ne peut espérer tout effacer et recommencer. On doit le faire d'une manière sensible. Le Dr Keon et son équipe avaient, à un

Infoway for success because Infoway needs to work with the provinces, and the provinces and Infoway need to work together at the local level.

I really appreciate your diagram. If I think of Canada Health Infoway, we are building excellent systems about the health care system. The far right will have very good movable and usable data. Perhaps a little bit will be captured about personal health status. Obviously in most areas we will know gender, a little bit about biology and genetics, and almost nothing across the rest of the continuum.

You could use the Infoway-type model and then apply it to what Mr. Smith gave me in terms of Manitoba's population health research data repository. Looking at his example, after health, the next one he has is education and then social databases. You would walk your way across some of these different boxes and ask who we need to partner with next at the provincial and local level to begin moving and using that data. You could use an Infoway-type model to do that.

There is no doubt that you need federal level activity, provincial level activity and local level activity. One of the things we all know about data is, if the person at the front-end level does not find it useful and easy, it will not work. You have to get right down to that level of granularity. For me, it is the moving and using that is important. Someone else talked about building bridges and connectivity. That is absolutely critical. Statistics Canada has years of experience, credibility and trust in terms of linkage. We can build on that.

Just to repeat what so many others have said: privacy is critically important. Many people will want to keep their personal health information and other personal aspects private. To echo Mr. Berthelot's comment as well, there is not a commissioner for public good. When I looked at what was being developed for Canada Health Infoway, and I have just been a year on the job, my assumption was that from the get-go people were thinking of all these other uses because I could not imagine that we would make the investment thinking that you would only get a return on the investment at the front-line, clinical level with a specific patient. I do not think that is what people had in mind. We do need to address privacy very carefully, but it should not stop us at all from working forward. It should just be one of those things that you take into account and on which you continue to work forward.

certain moment, l'habitude de conserver les données. On doit les mettre à profit. À mon avis, c'est ce que l'Inforoute Santé du Canada a fait en travaillant avec les provinces et le niveau local. À elle seule, l'Inforoute n'est pas garante de succès. Elle doit travailler avec les provinces, et les provinces et l'Inforoute doivent travailler de concert à l'échelle locale.

J'apprécie vraiment votre schéma. Quand je pense à l'Inforoute Santé du Canada, je trouve que nous élaborons d'excellents systèmes sur le système de soins de santé. L'extrémité droite comprendra des données très mobiles et utilisables. Peut-être que très peu d'information sera recueillie sur l'état de santé des personnes. Il est clair que dans la plupart des régions nous obtiendrons des données sur le sexe, quelques données de nature biologique et génétique et presque rien sur le reste.

On pourrait utiliser le modèle de l'Inforoute puis l'appliquer à l'information que M. Smith m'a donnée relativement au dépôt des données de recherche sur la santé de la population du Manitoba. Outre la base de données sur la santé, il possède également des bases de données sur l'éducation et sur des questions sociales. On pourrait aller d'une case à une autre et se demander avec qui il faut ensuite établir un partenariat, à l'échelle provinciale et locale, pour commencer à transférer et à utiliser ces données. On pourrait utiliser un modèle semblable à celui de l'Inforoute pour ce faire.

Il ne fait aucun doute qu'il est nécessaire d'avoir de l'information sur l'activité aux échelles fédérale, provinciale et locale. Une des choses que nous savons sur ces données est que si l'utilisateur ne les trouve pas utiles et simples d'utilisation, cela ne fonctionnera pas. On doit aller directement à ce niveau de détail. À mon avis, ce sont le transfert et l'utilisation des données qui sont importants. Quelqu'un d'autre a parlé d'établir des ponts et une connectivité. C'est essentiel. En ce qui a trait à l'établissement des liens, Statistique Canada compte des années d'expérience, de crédibilité et de confiance à cet égard. Nous pouvons les mettre à profit.

Pour répéter ce que tant d'autres personnes ont dit, la protection des renseignements personnels est de la plus haute importance. De nombreuses personnes souhaiteront que leur information personnelle en matière de santé et d'autres renseignements personnels demeurent confidentiels. Pour reprendre le commentaire de M. Berthelot, il n'existe pas de commissaire au bien public. Quand je regarde ce qui a été élaboré pour l'Inforoute Santé du Canada, et ça ne fait qu'un an que j'occupe ce poste, je suppose que les gens ont initialement pensé à toutes ses différentes utilisations. Je ne peux m'imaginer que nous fassions un tel investissement en pensant qu'il ne serait rentable qu'aux premières lignes, dans le cabinet du médecin avec un patient en particulier. Je ne pense pas que c'est ce que les gens avaient en tête. Nous devons porter une attention toute particulière à la protection des renseignements personnels, mais cela ne devrait pas nous empêcher d'aller de l'avant. Il ne devrait s'agir que d'une chose parmi toutes celles que nous devons prendre en considération pour poursuivre notre travail.

The Chair: In the interest of continuity, Mr. Smith, I will ask you to comment. We are supposed to break at eleven o'clock but if you go a few minutes beyond, the hook will not come out.

Mr. Smith: Thank you, Mr. Chairman. Referring to some of these comments about my prediction on it taking 20 years to understand this data, I hope I am wrong as well, but the reality is that before you start to understand it, you need to have access to the data. We do not know how long that process will take nor what privacy issues will be in place.

Getting back to your comment that you have a very simplistic view that the patient owns the data, a lot of doctors do not see it that way. They think they own the patient records. That is what we are talking about here, electronic patient records. We have to solve that hurdle. Then we need to get governments to organize that electronic record and provide it to the people who work with the data.

None of these data sources are transparent. It takes a lot of time and effort to try and understand them. Where do we find that capacity? Does it reside within the government itself? Generally, my experience has been no, it does not. Governments need to partner with people outside government because people who bring the methodology to this exercise do not often necessarily build their careers in government. They build it in academic institutions. We need that partnership there to understand the data.

We do not want to put all our eggs in that basket. To date, we have put a lot of eggs there, to take nothing away from Infoway. We have spent \$1.5 billion building a new, sophisticated and important clinical data collection system, but we have not spent an equal amount of resources trying to build capacity to take the data collected in those systems and turn it into knowledge, understanding and wisdom. If there is any leadership that can come from this group, it is that Canada does a great job of building data collection systems. We have them all over the place. How can we go beyond that and build systems that will exploit that into knowledge and understanding? Where will that capacity reside?

My other point, which has been made by others, is that when we talk about the electronic medical record, we are just addressing the issue of health. If we are to look at the determinants of health, we need to build those partnerships with other agencies that do not have new and sophisticated data collection systems.

There are some models in this country for how to collect the data. We need to build a layer on top of that to enable us to mine it and turn it into information that people in small areas can use.

Le président : Pour des raisons de continuité, je demanderais à M. Smith de formuler ses commentaires. Une pause est prévue à 11 heures, mais nous ne vous couperons pas la parole si vous dépassez de quelques minutes.

M. Smith : Merci, monsieur le président. En ce qui a trait à certains de ces commentaires sur ma prévision selon laquelle il faudra 20 ans pour comprendre ces données, j'espère également avoir tort. Toutefois, la réalité est qu'avant de commencer à les comprendre, on doit d'abord y avoir accès. Nous ne savons pas combien de temps durera ce processus, et nous ne connaissons pas les questions de protection des renseignements personnels qui se poseront.

Pour revenir à votre commentaire selon lequel vous avez une idée très simpliste, à savoir que les données appartiennent aux patients, bon nombre de médecins ne le voient pas de cette façon. Ils croient que les dossiers des patients leur appartiennent. C'est ce dont nous parlons ici : des dossiers électroniques des patients. Nous devons résoudre ce problème. Ensuite, nous devons demander aux gouvernements d'organiser ces dossiers électroniques et de les fournir aux gens qui travaillent avec les données.

Aucune de ces sources de données ne sont transparentes. Il faut beaucoup de temps et d'efforts pour essayer de les comprendre. Où trouvons-nous cette capacité? Réside-t-elle au sein même du gouvernement? En général, mon expérience me dit que non. Les gouvernements doivent former des partenariats avec des gens à l'extérieur du gouvernement parce que, souvent, les gens qui développent la méthodologie pour accomplir cet exercice ne font pas nécessairement évoluer leur carrière au sein du gouvernement. Ils la font évoluer dans des établissements universitaires. Il nous faut ce partenariat pour comprendre les données.

Nous ne voulons pas mettre tous nos oeufs dans le même panier. À ce jour, nous en avons mis beaucoup, pour ne rien enlever à Inforoute. Nous avons dépensé 1,5 milliard de dollars pour créer un important et nouveau système de collecte de données cliniques sophistiqué, mais nous n'avons pas dépensé autant de ressources pour essayer de développer la capacité nécessaire à la transformation des données recueillies au moyen de ces systèmes en connaissances, en compréhension et en sagesse. S'il y a une volonté politique qui peut émaner de notre groupe, c'est que le Canada fait un excellent travail dans la création de systèmes de collecte de données. Ils sont partout. Comment pouvons-nous en faire davantage et créer des systèmes qui transformeront les données en connaissances et en compréhension? Où résidera cette capacité?

Mon autre point, qui a été soulevé par d'autres personnes, c'est que lorsque nous parlons du dossier médical électronique, nous ne faisons qu'aborder la question de la santé. Si nous voulons examiner les déterminants de la santé, nous devons établir ces partenariats avec d'autres organismes qui ne disposent pas de nouveaux systèmes de collecte de données sophistiqués.

Il existe certains modèles au Canada sur la façon de recueillir les données. Nous devons ajouter une couche au-dessus de ces modèles pour nous permettre d'exploiter les données et de les

Community Accounts is a great model and a starting point, but it will not be the answer to the entire problems. We need to focus on investing at the level beyond the data collection level.

The Chair: Thank you, Mr. Smith.

We will now change topics and discuss gaps in data and the indicators. We will also have some discussion about Aboriginal people, ethnocultural groups and the barriers to the development of core surveys.

Mr. Wolfson, you are the first speaker of this session.

Mr. Wolfson: There are three distinct questions here. For the local neighbourhood data, two main sources provide the foundation, namely, the population census and various kinds of administrative data. Health data and vital statistics are the key ones, and they are censuses in and of themselves. However, people have been raising many other issues, for example, smoking, obesity, physical inactivity and the social services.

I previously mentioned the idea of strengthening the population census, and there are two issues: the first one is data that are directly useful, and the second is data that can be used for modelling and the ability to estimate or impute at a finer level of geography. That is beginning to sound technical.

Regarding Aboriginal people's health disparities, the Canadian community health survey covers about two thirds of the self-identified Aboriginal population. We do not go on-reserve. The First Nations communities would prefer to survey themselves. That is fine, except I get a little worried about two fundamental principles from the point of view of a national statistical system. The first principle is that the data must be, in large measure, comparable. There may be specific things that those communities would want to tailor to their own needs. The second principle is that the data be accessible, subject to the constraints of maintaining confidentiality of the microdata, and be freely merged, for example, with the CCHS. Let me note that that is not happening smoothly at the moment.

As for disparities among ethnocultural groups, the census is probably the best frame we have because we have a detailed set of questions on self-identified ethnic identity. It is a real challenge. My colleague here, Mr. Sheridan, in his previous life had a lot to do with the census, and he will know better than I that it is one of the toughest questions on the census.

It is not enough to have the data. We need the people who can make it sing and dance, who understand how to do it. Universities, I am sorry so say, are not doing a great job in this regard. I was talking to folks at one university, bemoaning the lack of quantitative skills in the people coming in. Part of the problem is the way in which they are being informed, but another

transformer en renseignements pouvant être utilisés par des personnes qui se trouvent dans de petites régions. Le modèle des comptes communautaires est un excellent modèle et un point de départ, mais il ne sera pas la réponse à tous les problèmes. Nous devons surtout veiller à investir à un niveau supérieur à celui de la collecte de données.

Le président : Merci, monsieur Smith.

Nous allons maintenant changer de sujet et parler des écarts dans les données et des indicateurs. Nous parlerons également des Autochtones, des groupes ethnoculturels et des obstacles à l'élaboration d'enquêtes de base.

Monsieur Wolfson, vous avez la parole en premier.

M. Wolfson : Il y a ici trois questions distinctes. En ce qui concerne les données locales ou régionales, deux sources principales constituent la fondation, notamment le recensement de la population et diverses sortes de données administratives. Les données sur la santé et les données de l'état civil en sont les principales, et elles constituent des recensements en soi. Toutefois, les gens soulèvent beaucoup d'autres questions, par exemple, l'usage du tabac, l'obésité, l'inactivité physique et les services sociaux.

J'ai déjà parlé de l'idée de renforcer le recensement de la population, ce qui soulève deux questions : la première concerne les données qui sont utiles directement, et la seconde concerne les données qui peuvent être utilisées comme modèles ainsi que la capacité d'estimer ou d'évaluer à un niveau géographique plus détaillé. Cela commence à paraître technique.

Pour ce qui est des disparités en santé chez les Autochtones, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes vise environ les deux tiers des habitants qui se sont identifiés comme Autochtones. Nous n'allons pas dans les réserves. Les communautés des Premières nations préfèrent mener elles-mêmes les enquêtes. Ça va, sauf que je m'inquiète un peu au sujet de deux principes fondamentaux du point de vue d'un système statistique national. Le premier principe, c'est que les données doivent être, en grande partie, comparables. Il peut y avoir des éléments précis que ces communautés voudraient adapter à leurs propres besoins. Le second principe, c'est que les données doivent être accessibles et assujetties aux contraintes liées au maintien de la confidentialité des microdonnées, et être fusionnées librement, par exemple, avec l'ESCC. Permettez-moi de souligner que cela ne se fait pas sans heurt actuellement.

Du côté des disparités parmi les groupes ethnoculturels, le recensement est probablement le meilleur outil que nous avons, parce qu'il renferme une série de questions détaillées sur l'identité ethnique. C'est un véritable défi. Mon collègue, M. Sheridan, avait beaucoup à voir avec le recensement dans sa vie antérieure, et il sait mieux que moi qu'il s'agit de l'une des questions les plus difficiles du recensement.

Ce n'est pas suffisant d'avoir les données. Nous avons besoin des personnes qui peuvent les faire parler, qui comprennent comment le faire. Je regrette de devoir dire que les universités ne font pas un bon travail à cet égard. J'ai parlé à des gens d'une université, qui déploraient le manque d'habiletés quantitatives chez les personnes qui y sont acceptées. Une partie du problème

part of it is the question of incentives for a young person to develop good, quantitative skills in this area. There is no career path afterwards. There is a need, if we are to be talking about developing capacity, to think not only about the training but also about where the young people find jobs afterwards. Without a good match there, it is not surprising that young people do not chose to go into that area of study.

Dr. Neudorf: Looking at the gaps issue, I would agree with what Mr. Wolfson just said. Insofar as the infrastructure needs at a local level, processes are in place to try to deal with some of the data gaps, but we are seeing the development, at a local level, of population health observatories occurring in some of the larger cities right now, where there are varying degrees of linkage with the university, but they are based very much in a practice environment. Similar to what you would have in a regional health authority looking at utilization statistics from a hospital, epidemiologists, medical officers and other people are analyzing population health data and looking at best practice and integrating that data together into the types of reports that are being used to monitor health disparities, health inequalities, et cetera.

What is lacking right now is a way to make sure that all of the country is covered with those types of observatories because there is a gap in that kind of analytic capacity in most provincial ministries. In some ways, it must be somewhat arm's length from that level of government as well. It needs to be, perhaps, a three-way agreement between provincial and local-regional health authorities and the university to get the mix of skills that you need. The ability to coordinate those groups, network them and make sure that all parts of the country has access to such a network, as they have done in the U.K. with their network of observatories, would certainly be useful.

Beyond that type of infrastructure we also noticed, when we tried to do some of this work together, that the standardized data is one issue but agreeing on small area local geographies has been a surprising barrier. We can get access to census data at a small area level, but for much of the other data, there is no agreement at the sort of nested small area geographies that can be aggregated up into the next level. We have been working with the Community Social Data Strategy and the Urban Public Health Network to get that kind of proposal together where we would agree among all the cities on the useful geographies for planning and policy making at a local level. If we could then go as a group to the data providers and tell them what the meaningful geographies are for us, it could be produced at once instead of having the independent requests we see right now.

réside dans la façon dont elles sont informées, mais une autre partie concerne la question des incitatifs pour une jeune personne à développer de bonnes habiletés quantitatives dans ce domaine. Il n'y a pas de possibilité de carrière après ses études. Si nous sommes pour parler du développement de la capacité, il faut non seulement penser à la formation, mais également à l'endroit où les jeunes personnes pourront trouver un emploi après leurs études. Sans une bonne correspondance, il n'est pas surprenant que les jeunes personnes ne choisissent pas de s'inscrire dans ce domaine d'études.

Dr Neudorf : Si on examine la question des écarts, je suis d'accord avec ce que M. Wolfson vient de dire. Du côté des besoins en infrastructure au niveau local, des processus sont en place afin d'essayer de corriger certains des écarts dans les données; toutefois, nous constatons actuellement la mise sur pied, à un niveau local, d'observatoires sur la santé de la population dans certaines des grandes villes, où il existe divers degrés de liens avec l'université. Cependant, ils se situent surtout dans un environnement de pratiques. Un peu comme dans le cas d'une régie régionale de la santé qui cherche à utiliser les statistiques provenant d'un hôpital, des épidémiologistes, des médecins et d'autres personnes analysent les données sur la santé de la population, étudient les pratiques exemplaires et intègrent les données dans des rapports qui sont utilisées pour surveiller les disparités en santé, les inégalités en santé, et cetera.

Ce qui manque actuellement, c'est une façon de nous assurer que ces types d'observatoires étudient l'ensemble du pays, parce qu'il y a une lacune dans ce genre de capacité analytique dans la plupart des ministères provinciaux. À certains égards, la façon doit aussi être en quelque sorte indépendante de cet ordre de gouvernement. Il doit s'agir, peut-être, d'une entente tripartite entre les autorités provinciales et les autorités locales et régionales en matière de santé ainsi que les universités, pour obtenir la combinaison de compétences qu'il nous faut. La capacité de coordonner ces groupes, de les interconnecter et de s'assurer que toutes les régions du pays ont accès à un tel réseau, comme c'est le cas au Royaume-Uni avec son réseau d'observatoires, serait certainement utile.

Au-delà de ce type d'infrastructure, nous avons également remarqué, lorsque nous avons essayé d'exécuter une partie de ce travail ensemble, que les données normalisées sont une chose, mais que le fait de s'entendre sur de petites géographies locales a constitué un obstacle surprenant. Nous pouvons avoir accès aux données du recensement au niveau d'une petite région, mais pour la plupart des autres données, il n'existe aucune entente sur la sorte de petites géographies nichées qui peuvent être groupées au niveau supérieur. Nous travaillons avec la Stratégie d'accès communautaire aux statistiques sociales et avec le Réseau canadien pour la santé urbaine afin de formuler le genre de proposition dans laquelle nous nous entendrions sur les géographies utiles parmi toutes les villes, à des fins de planification et d'élaboration de politiques au niveau local. Si nous pouvions ensuite tous ensemble, parler aux fournisseurs de données et leur dire quelles géographies sont dignes d'intérêt pour nous, la proposition pourrait être rédigée rapidement, au lieu des demandes indépendantes que nous voyons actuellement.

What we are also missing is common agreement on the indicators of inequality, so that if we are looking at health disparities, a variety of income measures and indices of deprivation are being used. We need to agree on a small basket of those that Canada will use, and make sure that is available across the country. Similarly, we are working with the same group as well as CPHI, the Canadian Population Health Initiative, to come up with an agreement among the research group and the local level analysts on what that measure would be.

We are also working with First Nations groups locally. We found that it is complex, obviously, because there are multiple layers to work through within bands, tribal councils and federations of tribal councils as well as the Metis groups. We found, at a regional level, that by working with an individual tribal council first and getting a memorandum of understanding around sharing of data, we have been able to see from their perspective which issues need to be addressed. They have expressed to us that there are a number of reasons for looking at Aboriginal people's health disparities. The first is getting away from looking upon the issue of Aboriginal cultural as a risk factor. In fact, as we do the analysis with them and do a more holistic approach as to what the attributable risk is in these various determinants, in most cases Aboriginal status disappears from the analysis as a meaningful factor once you take into account poverty, education and employment issues. The real underlying question is why the First Nation population is so disproportionately represented in poverty, housing problems, unemployment and so forth.

Getting back to what some of the work has shown in other countries, and from research in Canada, there is a need to look at the underlying systemic issues around discrimination, racism issues, and in some cases to target programming that may be very effective at a population level but ineffective for First Nations. We end up increasing the health disparity group, although we are successful at making improvements at a population level.

Partnership has been the key in terms of involving the tribal council locally, right from the start, not only in designing the project and planning the programming but also, as much as possible, in working with them so that the delivery of the program is being done by First Nations groups as well to decrease those health disparities.

The approach we are taking from a data perspective here is to layer and link data, wherever possible, using the self-identified data that First Nations have given to the census and administrative data bank, and to work with them on, perhaps, a First Nations controlled unique identifier where they will have control as to when and how that data is applied so that it is used in the appropriate way, and they are taking more of a leadership role.

Ce qui nous manque également, c'est une entente commune sur les indicateurs de l'inégalité, de façon que si nous examinons les disparités en santé, divers indices de défavorisation et diverses mesures du revenu sont utilisés. Nous devons nous entendre sur un petit nombre d'indices et de mesures que le Canada utilisera, et nous assurer qu'ils sont disponibles partout au pays. De même, nous travaillons avec le même groupe ainsi qu'avec l'Initiative sur la santé de la population canadienne, l'ISPC, pour arriver à une entente parmi le groupe de recherche et les analystes au niveau local sur ce que cette mesure pourrait être.

Nous travaillons également avec des groupes des Premières nations au niveau local. Nous trouvons cela complexe, évidemment, en raison des multiples niveaux avec lesquels il faut travailler au sein des bandes, des conseils tribaux, des fédérations des conseils tribaux ainsi que des groupes métis. Au niveau régional, nous avons constaté qu'en travaillant d'abord avec un conseil tribal individuel pour obtenir un protocole d'entente sur l'échange de données, nous avons pu savoir, selon la façon des membres de voir les choses, quelles questions doivent être abordées. Ils nous ont indiqué qu'il existe plusieurs raisons d'examiner les disparités en santé chez les Autochtones. La première, c'est de cesser de considérer la question de la culture autochtone comme un facteur de risque. En fait, lorsque nous procédons à des analyses avec eux et que nous utilisons une approche plus holistique pour trouver le risque attribuable dans ces divers déterminants, dans la plupart des cas, le fait d'être Autochtone disparaît de l'analyse en tant que facteur important, une fois qu'on prend en considération les questions de pauvreté, d'éducation et d'emploi. La vraie question qu'il faut se poser, c'est pourquoi la population des Premières nations est représentée de manière si disproportionnée lorsqu'on parle de pauvreté, de problèmes de logement, de chômage, et cetera.

Pour revenir à ce que certains travaux ont donné dans d'autres pays, et aux résultats de recherches au Canada, il faut examiner les problèmes systémiques sous-jacents entourant la discrimination, les questions raciales et, dans certains cas, cibler les programmes qui peuvent s'avérer très efficaces dans le cas de la population, mais inefficace dans le cas des Premières nations. Au bout du compte, nous augmentons le groupe sur les disparités en santé, même si nous réussissons à apporter des améliorations au niveau de la population.

Le partenariat est l'élément essentiel pour faire participer le conseil tribal au niveau local, dès le départ, pas seulement pour concevoir le projet et planifier les programmes, mais également, autant que possible, pour travailler avec lui afin que le programme soit exécuté par des groupes de Premières nations et que les disparités en santé diminuent.

L'approche que nous adoptons du point de vue des données, c'est de diviser les données en couches et de les relier, dans la mesure du possible, au moyen des données d'auto-identification que les Premières nations ont fournies à la banque de données administratives et lors du recensement, et de travailler avec elles par l'entremise, peut-être, d'un identificateur unique contrôlé par les Premières nations; elles contrôleraient alors le moment où les données seraient appliquées ainsi que la façon dont elles le seraient, afin que les données soient utilisées de manière appropriée, et que les Premières nations jouent davantage un rôle de direction.

The Chair: Thank you very much.

Dr. Gregory Taylor, Director General, Office of the Public Health Practice, Public Health Agency of Canada: I wanted to emphasize a previous point, namely, the isolation of some of the discussion. I am having trouble focusing on this because it seems to be mostly around more data acquisition than how to get more from the data. It has been mentioned a few times that we are not really taking advantage of the existing data that we have. My roots are that of the simple country doctor to which Karen Dodds alluded. I have taken a more simplistic approach over the last decade or so, trying to set up a couple of chronic disease surveillance systems. However, we could not deal with the data that we had. We were looking at cardiovascular issues and the country had 80 or 90 different databases that had value for surveillance, but we did not have the people to access that information, let alone do some of the knowledge-based analysis.

When electronic health records come online, the floodgates will be open to this data. I am not sure that we will be able to cope with that. We are having a hard enough time with the existing data, not only doing the quantitative analysis but also the qualitative analysis, which is defeated in the policy-making decision. We are not doing that with existing data. If we are to be talking about data access, at the same time we need to be talking about building the capacity at the local level, at the intermediate level and at the national level to do something with it or it will be data for the sake of data; it will not move the yardstick.

Talking about gaps, it seems that it is a gap in training, a gap in people and a gap in some of the other things that support this infrastructure as we move forward. If we do not address that, I am not sure the investment will return much.

Senator Cook: Thank you all for coming here this morning. I should say at the outset that I am challenged by the wealth of information that I am receiving this morning. You need to understand that for me personally, I am a very ordinary person sitting here attempting to do an extraordinary thing. With that, I will ask Mr. Wolfson my question that sparked my hands to go up.

Did I hear you say that Statistics Canada does not go on reserve to gather information?

Mr. Wolfson: You did indeed hear me say that, although I should probably clarify that. In the case of the population census, we certainly endeavour to go on reserves and we get about 80 per cent of the reserves collaborating. In the case of the Canadian Community Health Survey, we do not endeavour to go on reserves or on military bases or into extremely remote areas.

Le président : Merci beaucoup.

Dr Gregory Taylor, directeur général, Bureau de la pratique en santé publique, Agence de la santé publique du Canada : J'aimerais insister sur un point soulevé précédemment, notamment l'isolation d'une partie de la discussion. J'ai de la difficulté à me concentrer sur la discussion, parce qu'elle semble porter surtout sur l'acquisition de données plutôt que sur la façon d'obtenir davantage à partir des données. On a mentionné quelques fois que nous ne tirons pas vraiment avantage des données existantes qui sont à notre disposition. Mes racines sont celles du simple docteur de campagne auquel Karen Dodds a fait allusion. J'ai adopté une approche plus simpliste au cours de la dernière décennie, pour essayer de mettre sur pied deux ou trois systèmes de surveillance des maladies chroniques. Toutefois, nous ne pouvions pas utiliser les données que nous avions. Nous examinions les problèmes cardiovasculaires et le pays disposait de 80 ou 90 banques de données différentes qui étaient d'intérêt pour la surveillance, mais nous n'avions pas les personnes nécessaires pour accéder à l'information, encore moins pour effectuer une partie de l'analyse axée sur les connaissances.

Quand les dossiers de santé électroniques seront mis en ligne, les vannes s'ouvriront à ces données. Je ne suis pas certain que nous serons en mesure de composer avec cela. Nous avons déjà assez de difficulté à composer avec les données existantes, non seulement à faire l'analyse quantitative, mais également l'analyse qualitative, qui est rejetée lors de la prise de décisions stratégiques. Nous ne faisons pas cela avec les données existantes. Si nous voulons parler de l'accès aux données, nous devons également parler de la mise sur pied de la capacité aux niveaux local, intermédiaire et national, afin de faire quelque chose avec les données, ou il s'agira de données pour données; ça ne fera pas avancer les choses.

Pour ce qui est des lacunes, il semble y avoir une lacune en formation, une lacune en ressources humaines et une lacune dans certains autres éléments qui appuient cette infrastructure à mesure que nous progressons. Si nous ne les corrigeons pas, je ne suis pas convaincu que l'investissement rapportera beaucoup.

Le sénateur Cook : Merci à tous d'être ici ce matin. Je dois dire d'emblée que la mine d'informations que je reçois ce matin me donne du fil à retordre. Vous devez comprendre que, personnellement, je suis une personne très ordinaire qui essaie d'accomplir une chose extraordinaire. Cela dit, je vais poser à M. Wolfson la question qui m'a poussée à lever la main.

Avez-vous dit que Statistique Canada ne se rend pas dans les réserves pour recueillir de l'information?

M. Wolfson : C'est ce que j'ai dit, en effet, mais je devrais probablement apporter quelques précisions. Dans le cas du recensement de la population, nous nous efforçons certainement d'aller dans les réserves, et environ 80 p. 100 des réserves collaborent. Dans le cas de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, nous ne tentons pas de nous rendre dans les réserves ou sur les bases militaires ou dans des régions extrêmement éloignées.

Senator Cook: Do they have the equivalent service — that is, do they have a person to do that work on the reserve that you do for the rest of us?

Mr. Wolfson: Health Canada has funded something called the Regional Health Survey, which is an on-reserve survey that is managed by the Aboriginal community. I think it is the National Aboriginal Health Organization, NAHO.

Senator Cook: What would be the relationship between the two entities, Statistics Canada and this new one?

Mr. Wolfson: It is weak. There is something called the First Nations Statistical Institute that has been established in legislation. The Chief Statistician is an ex officio member of the board. I am not deeply familiar with FNSI. It has been set up in large part to handle self-government issues and to collect data, for example, on reserve with respect to national counts-type information. It is a potential structure, but I am not sure. You should ask someone who knows better what the relationship of the health survey on reserve is to FNSI.

Senator Cook: Would I be fair in assuming that that is a gap in the system, from our perspective in trying to write this report?

Mr. Wolfson: I think it is an important gap, yes.

Senator Cook: Whoever wishes to answer this next question may do so. It is on the residential schools. I am a member of the United Church of Canada and I have been wrestling with this for a long time. We had the apology. We hear about healing circles and about all kinds of measures designed to help First Nations people through that terrible period of their history.

From our perspective, would you consider that what happened there would constitute, in our language, a health disparity among those people?

Mr. Wolfson: I do not think there is any question that those experiences are fundamental to health, conceived broadly. Many of the experiences had adverse effects.

Senator Cook: Does anyone have any solution as to how to approach it? We must do so. Please, I would like an opinion or two. We are dealing with a report that is for all of us. We are trying to look at the gaps in the system and how better we might serve people — all people, no matter where they live. Someone needs to help me find that road map. If we are to help each other and if we are to be idealistic, putting a healthy mind in a healthy body in order to be the best that we can be, we cannot afford to leave anyone behind. My sense is that there are gaps that we need to talk about and to address and move forward.

Mr. Wolfson: If I can throw out a couple of ideas, it is a very painful and acute example of a health problem, or a problem that does have major health ramifications. An obvious question that comes to my mind is: What interventions can we consider or are being tried? Of those that are being tried, do they work? I think

Le sénateur Cook : Ont-ils un service équivalent, c'est-à-dire y a-t-il une personne dans la réserve qui effectue le travail que vous effectuez pour le reste de la population?

M. Wolfson : Santé Canada a financé une initiative appelée l'Enquête régionale sur la santé, une enquête menée dans les réserves, qui est gérée par la communauté autochtone. Je crois que c'est l'Organisation nationale de la santé autochtone, l'ONSA.

Le sénateur Cook : Quelle serait la relation entre les deux entités, Statistique Canada et ce nouvel organisme?

M. Wolfson : Elle est faible. Un organisme appelé l'Institut de la statistique des Premières nations a été créé en vertu d'une loi. Le statisticien en chef est membre d'office du conseil. Je ne connais pas très bien l'ISPN. Il aurait été mis sur pied en grande partie pour traiter des questions d'autonomie gouvernementale et pour recueillir des données dans les réserves, par exemple, en ce qui concerne l'information nationale de type comptée. Il s'agit d'une structure éventuelle, mais je n'en suis pas certain. Vous devriez demander à quelqu'un qui connaît mieux que moi la relation entre l'Enquête sur la santé dans les réserves et l'ISPN.

Le sénateur Cook : Serait-il juste de ma part de présumer qu'il s'agit d'une lacune dans le système, de notre point de vue, puisque nous essayons de rédiger ce rapport?

M. Wolfson : Oui, je crois qu'il s'agit d'une lacune importante.

Le sénateur Cook : Quiconque souhaite répondre à la prochaine question peut le faire. Elle porte sur les pensionnats indiens. Je suis membre de l'Église Unie du Canada et je me débats avec cette question depuis longtemps. Il y a eu les excuses. Nous entendons parler de cercles de guérison et de toutes sortes de mesures conçues pour aider les Premières nations à traverser cette terrible période de leur histoire.

De notre point de vue, estimeriez-vous que ce qui s'est passé dans les pensionnats constituerait, dans notre langage, une disparité en santé parmi ces personnes?

M. Wolfson : Il est incontestable que ces expériences sont fondamentales à la santé, au sens large. Bon nombre de ces expériences ont eu des effets négatifs.

Le sénateur Cook : Quelqu'un a-t-il une solution quant à la façon d'aborder le problème? Nous devons le faire. J'aimerais s'il vous plaît avoir un ou deux avis. Nous sommes en train de préparer un rapport qui est destiné à nous tous. Nous essayons d'examiner les lacunes dans le système et la façon dont nous pouvons mieux servir les gens, tout le monde, peu importe où ils vivent. Quelqu'un doit m'aider à trouver cette feuille de route. Si nous voulons nous aider mutuellement, si nous voulons être idéalistes et avoir un esprit sain dans un corps sain afin d'être à notre meilleur, nous ne devons laisser personne pour compte. Je crois qu'il y a des lacunes dont nous devons parler et corriger pour progresser.

M. Wolfson : Si je peux lancer deux ou trois idées, c'est un exemple dramatique et très douloureux d'un problème de santé ou d'un problème qui a des incidences importantes sur la santé. La question évidente qui me vient à l'esprit est la suivante : Quelles interventions pouvons-nous envisager ou sont actuellement

this is a generic issue for all of our health interventions. If we want to understand what they are doing, we need to have a sensitive way of determining people's health status and their more general well-being, I would think, in this case before and after the intervention. The statistician in me says that I would like to have some reasonably strong empirical foundation for being able to judge whether people are feeling better off and are better off in the many aspects that are relevant.

In this particular case, it is absolutely essential that the First Nations communities themselves be involved intimately in defining those outcomes. As I turn back to being more of a statistician, it should not be just some folks at Statistics Canada designing a questionnaire. Someone who appreciates the full depth and breadth of what this has meant should be there to do that.

Healing circles may be a good idea; they may work better in some communities than others. Disentangling that, and what was the ingredient that made it work better in some communities than others — because I bet dollars to doughnuts they are not working equally well — strikes me as the fundamental question in trying to understand this situation and addressing it.

Mr. Hollett: We had strong interest by Aboriginal groups and First Nations in the Community Accounts. Mr. Wolfson has more experience than I do; I have only seen two smaller pieces of the puzzle. Part of what I have seen there, I am seeing here this morning, in a sense. We talk about gaps without first talking about what the needs are. If you do not know what the needs are, you do not know what you have. Therefore, I would argue that you cannot really talk about gaps unless someone has a particular need that they understand well for which they say, "Here is this need, so there is a gap associated with that."

In general, in my view and experience, that is not the right way to start. The problem as it might relate to First Nations and Aboriginal groups is the same sort of thing. When we talk to them, as I have done so many times for many hours, the fundamental problem is that they feel that when we collect data from them we use it against them. That is the first issue.

Second, we try to collect data about these groups but we collect it from our perspective. When you sit down and you talk to them about data that they need, they all agree that health is important and employment is important, and so on. Many of the same domains that we would argue are important are seen as important, but it has to be put in the context of their world view. From our experience, it is not done that way. They do not really have very much interest in talking to you.

They like the Community Accounts and there are two reasons why they like it. First, they feel the Community Accounts is interested in the user — the receiver of the data, the people whose

réalisées? Est-ce que celles qui sont actuellement réalisées donnent des résultats? Je crois qu'il s'agit d'une question générale qui touche l'ensemble de nos interventions en santé. Si nous voulons comprendre ce qu'ils font, nous devons avoir une façon délicate de déterminer l'état de santé des gens, ainsi que leur mieux-être général, je crois, dans ce cas-ci avant et après l'intervention. Le statisticien en moi dit que j'aimerais avoir une fondation empirique raisonnablement forte pour être en mesure de juger si les gens se sentent mieux et s'ils vont mieux dans les nombreux aspects qui sont pertinents.

Dans ce cas en particulier, il est absolument essentiel que les communautés des Premières nations participent de près à la définition des résultats. Si je pense davantage en tant que statisticien, le questionnaire ne devrait pas seulement être conçu par Statistique Canada. Quelqu'un qui apprécie toute la profondeur et l'ampleur de ce qu'ont signifié ces expériences devrait également y participer.

Les cercles de guérison peuvent être une bonne idée; ils peuvent donner de meilleurs résultats dans certaines communautés que dans d'autres. Selon moi, la question fondamentale pour essayer de comprendre la situation et la régler consiste à démêler tout ça et à comprendre quel ingrédient a fait en sorte que les cercles de guérison ont donné de meilleurs résultats dans certaines communautés que d'autres, parce qu'il y a fort à parier qu'ils ne donnent pas de bons résultats partout.

M. Hollett : Des groupes autochtones et des Premières nations se sont montrés très intéressés par les comptes communautaires. M. Wolfson a une plus grande expérience que moi; je n'ai vu que deux petits morceaux du casse-tête. D'une certaine façon, je constate ce matin une partie de ce que j'ai déjà constaté. Nous parlons des lacunes sans parler d'abord des besoins. Si on ne sait pas quels sont les besoins, on ne sait pas ce qu'on a. Par conséquent, je dirais qu'on ne peut pas vraiment parler de lacunes à moins qu'une personne ait exprimé un besoin particulier qu'elle comprend bien et qu'elle dise : « Voici tel besoin, et il y a une lacune qui y est associée. »

En général, à mon avis et selon mon expérience, ce n'est pas la bonne façon de commencer. Le problème qui peut être lié aux Premières nations et aux groupes autochtones est le même. Lorsque nous leur parlons, comme je l'ai fait à de nombreuses reprises pendant de longues heures, le problème fondamental, c'est qu'ils croient que nous leur demandons de fournir des données afin de les utiliser contre eux. C'est le premier problème.

Deuxièmement, nous essayons de recueillir des données au sujet de ces groupes, mais nous les recueillons sous notre angle. Lorsqu'on parle avec eux des données dont ils ont besoin, ils s'entendent tous pour dire que la santé est importante, que l'emploi est important, et cetera. Bon nombre des mêmes domaines qui selon nous sont importants sont également considérés comme importants, mais ils doivent s'inscrire dans le contexte de leur vision du monde. Selon notre expérience, ça ne se fait pas de cette façon. Ils ne sont pas vraiment intéressés à nous parler.

Les comptes communautaires leur plaisent, et il y a deux raisons pour cela. D'abord, ils sont d'avis que les comptes communautaires s'intéressent à l'utilisateur — le receveur des

lives it talks about — and second, we talk about it in a broader context. We do not talk about just crime statistics or health statistics. They like the approach of talking about all the different aspects of life in those communities.

I had a discussion with people from some of our First Nations communities last week. Two weeks before that, I did a presentation in Toronto and someone started asking me questions about developing data for Aboriginal groups in Newfoundland. I consistently responded that I would never do that. I would not, though Statistics Canada could or would, for whatever reasons. However, I would never try to do that without full engagement with the community because the risk of stigmatizing would be too great.

It is just another way of saying that, from my perspective, you really have to work with them in order to be effective at dealing with them. I know there are gaps in our province, without knowing the needs — I will go that far and undermine my own assertion to that extent. We may not get every piece of data that we need now; we may get part of it as a trade-off for engagement by these various groups because they are getting data that they need, if that makes sense to you. I do not think you will have as high a level of success if you dictate what should be done in terms of data collection for Aboriginal communities if you are looking at it only from your own perspective. I think you would get more benefit for both parties if you take a more innovative approach.

Senator Cook: You said you went to Australia twice. Was there any interaction with the Aboriginal people of Australia when they were trying to do their —

Mr. Hollett: There was some interaction, but I did not connect with them very much myself.

Senator Cook: Did the country acknowledge the need or the gap?

Mr. Hollett: Yes, they did. It is a similar issue: They have the Aboriginals there who have a different world view and a different sense of values; the land is more important; wildlife and that sort of thing is the same as it is here, except for the species. The issues will be quite different in terms of social versus economic, and so on. I understand, however, that there is a key interest in having Aboriginals involved and the Australian Bureau of Statistics is being cautious but proactive in doing that.

Senator PÉPIN: If you want to have the full participation of that group, is it possible then to have them involved, in other words to hire them? We have many presentations from those communities and many of them have qualifications to work at different levels, but they are not included. Would it be possible for you to include someone from the Native community to be part of your work? Maybe it will be much easier after that to have them collaborate and to have access to the information you are looking for.

données, les gens dont la vie est racontée par les données — et ensuite, les comptes communautaires parlent des données dans un contexte plus large. Ils ne parlent pas uniquement des statistiques sur les crimes ou la santé. Les Premières nations et les groupes autochtones apprécient l'approche qui consiste à parler de tous les différents aspects de la vie dans les communautés.

La semaine dernière, j'ai parlé avec des membres de certaines communautés des Premières nations. Deux semaines auparavant, j'ai présenté un exposé à Toronto, et quelqu'un a commencé à me poser des questions au sujet de la conception de données pour des groupes autochtones à Terre-Neuve. J'ai toujours répondu que je ne le ferais jamais. Je ne le ferais pas, même si Statistique Canada pourrait ou voudrait le faire, pour une raison ou une autre. Toutefois, je n'essaierais jamais de le faire sans avoir obtenu un engagement entier de la communauté, parce que le risque de stigmatiser serait trop grand.

Ce n'est qu'une autre façon de dire, selon moi, qu'on doit vraiment travailler avec eux afin de traiter efficacement avec eux. Je sais qu'il y a des lacunes dans notre province, sans connaître les besoins, je peux dire au moins cela et compromettre ma propre déclaration à cet égard. Nous ne pouvons peut-être pas obtenir toutes les données dont nous avons besoin maintenant; nous pouvons peut-être en obtenir une partie en échange de l'engagement de ces divers groupes, parce qu'ils obtiennent les données dont ils ont besoin, si vous comprenez ce que je veux dire. Je ne crois pas que le niveau de succès sera élevé si on dicte ce qui doit être fait sur le plan de la collecte des données pour les communautés autochtones, si on la considère de notre point de vue seulement. Je crois qu'il serait plus avantageux pour les deux parties d'adopter une approche plus innovatrice.

Le sénateur Cook : Vous avez dit que vous êtes allé en Australie deux fois. Y avait-il une interaction avec les Aborigènes d'Australie lorsqu'ils essayaient de faire leur...

M. Hollett : Il y avait une certaine interaction, mais je ne suis pas vraiment entré en contact avec eux.

Le sénateur Cook : Le pays a-t-il reconnu le besoin ou la lacune?

M. Hollett : Oui. Le problème est similaire : les Aborigènes ont une vision différente du monde et des valeurs différentes; la terre est plus importante, la faune et ce genre de choses sont pareilles à ce que nous avons ici, à l'exception des espèces. Les questions sont très différentes sur le plan social par rapport à l'économie, « et cetera ». Toutefois, je comprends qu'il existe un grand intérêt à faire participer les Aborigènes, et l'Australian Bureau of Statistics est prudent mais proactif à cet égard.

Le sénateur PÉPIN : Si on veut obtenir l'entière participation du groupe, est-il possible alors de les faire participer, en d'autres termes de les embaucher? Nous avons beaucoup d'exposés de ces communautés et beaucoup d'entre elles sont qualifiées pour travailler à différents niveaux, mais elles ne sont pas incluses. Vous serait-il possible d'inclure quelqu'un de la communauté autochtone dans votre travail? Il sera peut-être beaucoup plus facile après cela d'obtenir leur collaboration et d'avoir accès à l'information dont vous avez besoin.

Mr. Hollett: People from First Nations have come to my office on numerous occasions. There are two main barriers that have kept them from moving along and having their own version of Community Accounts right now. The first barrier has been in trying to organize the First Nations Statistical Institute, and trying to obtain the resources to do that. However, they were 100 per cent on board with working with us to the extent that they asked us if we would work with them, come to their communities, learn about their culture, learn about their economy, learn about their issues and build a version of Community Accounts, modified and based upon their views on what was necessary. They also wanted us to build and maintain that for them for a minimum of five years.

It is possible to achieve trust, but it goes back to what I said: You do not just do something and say, "This will be good for you because I think it is." You need to come at it from a different direction.

The Chair: We are at 11:45 a.m. and at a key point in our hearings and deliberations.

We have Senator Eaton, Michael Wilson, Jean Harvey, Vivek Goel, Michel Frojmovic and Dr. Dodds who all want to speak. Greg Taylor pointed out a few minutes ago the major development in Canada Health Infoway, the health record that will throw a whole lot of new information into the system. That is good because, if you look at our chart, even though it may be imperfect, that information will help us with the health care delivery system, the life course, et cetera. Our remaining problem, of course, is to gain connectivity in the social determinants of health.

Here is what we need to decide in the next 45 to 60 minutes. Who will do what? Who will lead? I will take a risk and throw it out there: Do we use Community Accounts as a model right across the country? I know that Aboriginal people are open to that model in their own communities, provided they have control of it. We need to have a full discussion of this aspect.

Senator Eaton, you may have wanted to talk about something totally different, and please do that, but I want to focus on this subject.

Senator Eaton: I would be happy to wait to the next point of discussion regarding electronic health records.

The Chair: That is where we are.

Senator Eaton: I would just like to throw out a general question. We talked a lot this morning about establishing standards, collecting data, how they apply and how they do not apply. I have a more practical question. How do we standardize best care practices? If we set goals for population health, how does someone in Nunavut and someone in downtown St. John's access the best standards of care in any situation? I know we have certain things in provinces, such as Cancer Care Ontario and

M. Hollett : Des gens des Premières nations sont souvent venus à mon bureau. Il y a deux obstacles principaux qui les ont empêchés de créer leur propre version des comptes communautaires jusqu'à présent. Le premier obstacle, c'était d'essayer de mettre sur pied l'Institut de la statistique des Premières nations et d'obtenir les ressources pour le faire. Cependant, ils étaient tout à fait d'accord pour travailler avec nous dans la mesure où ils nous ont demandé si nous aimerions travailler avec eux, se rendre dans leurs communautés, apprendre à connaître leur culture, leur économie, leurs enjeux, et mettre sur pied une version des comptes communautaires, modifiée et basée sur ce qui était nécessaire selon eux. Ils voulaient également qu'on la mette sur pied et qu'on la tienne à jour pendant au moins cinq ans.

Il est possible de gagner leur confiance, mais ça revient à ce que j'ai dit : il ne suffit pas de faire quelque chose et de dire que c'est bon pour vous parce que je crois que ça l'est. Il faut aborder la question d'un point de vue différent.

Le président : Il est 11 h 45, et nous sommes à un point essentiel dans nos audiences et délibérations.

Le sénateur Eaton, Michael Wilson, Jean Harvey, Vivek Goel, Michel Frojmovic et Mme Dodds veulent tous prendre la parole. Il y a quelques minutes, Greg Taylor a mentionné la grande réalisation qu'est Inforoute Santé du Canada, le dossier de santé qui versera dans le système une foule de nouveaux renseignements. C'est bien, parce que si on regarde notre diagramme, même s'il n'est peut-être pas parfait, ces renseignements nous aideront sur le plan du système de prestation de soins de santé, du cycle de la vie, « et cetera ». Le problème qui subsiste, évidemment, c'est d'obtenir une connectivité dans les déterminants sociaux de la santé.

Voici ce que nous devons décider au cours des 45 à 60 prochaines minutes. Qui fera quoi? Qui dirigera? Je vais prendre un risque et poser la question suivante : est-ce que nous utilisons les comptes communautaires comme modèle à suivre partout au pays? Je sais que les Autochtones sont intéressés à utiliser ce modèle dans leurs propres communautés, pourvu qu'ils en aient le contrôle. Nous devons discuter en détail de cet aspect.

Sénateur Eaton, vous vouliez sans doute parler de quelque chose de totalement différent, et vous pouvez le faire, mais je voudrais mettre l'accent sur ce sujet.

Le sénateur Eaton : Je serais heureuse d'attendre au prochain point de discussion concernant les dossiers de santé électroniques.

Le président : Nous y sommes.

Le sénateur Eaton : Je voudrais simplement poser une question générale. Ce matin, nous avons beaucoup parlé de l'établissement de normes, de la collecte de données, et de la façon dont elles s'appliquent ou ne s'appliquent pas. J'ai une question plus concrète. De quelle façon pouvons-nous normaliser les meilleures pratiques en matière de soins? Si nous établissons des objectifs pour la santé de la population, de quelle façon une personne au Nunavut et une personne au centre-ville de St. John's

other programs, but how do we standardize that across Canada so that if you come from a non-research-oriented community, you can still easily access best care practices?

Mr. Chair, we saw that a little bit in the pilot project in downtown Vancouver. This was not medical so much as an issue of the whole health determinants. When we asked them who else in Canada had looked at their pilot project, they said no one had asked them about their pilot project. They were getting inquiries from other countries such as Venezuela, Japan and Italy, and it seems a shame that if we embark on this huge population health study, collect a lot of data and then we cannot access it from everywhere.

The Chair: That is the object of the exercise in the next 45 minutes, to find a way of doing just that.

Mr. Wolfson, you are next. I have noticed you always seem to show up in the jaws of the whale for the last 30 years, but you always get out.

Mr. Wolfson: I should preface my comments by saying that I am not trying to answer the question exactly. However, in response to the previous comments concerning the gaps, I left out one of the obvious ones, which in the longer run is that the electronic health record and/or the electronic medical record has tremendous potential and should be a foundation stone of the information systems we are talking about.

In regard to EHR versus EMR, at the moment they seem to be distinct in various people's minds. One is the system that the Infoway has been primarily concerned with up until now which has to do, for example, with discharge abstracts or diagnostic images, or drugs or lab tests. The way I think about the EMR, and I stand to be corrected, is basically what the physician is doing in his or her office when you go in and chat. My physician types on the keyboard. She gets frustrated with me sometimes because I seem to know more about this system. The downside is that she does it all in free text and, from an analytical point of view, that will be almost useless and a major step backwards.

Right now, when a physician here in Ontario bills the provincial health care system, they need to say what the billing was for. That is how the National Diabetes Surveillance System has been put together across the country. You know the reason for a person attending the primary care physician's office. If it is all in free text, as smart as Google is, they have not figured out a way to do a text search. I have seen papers where there are 10, 20 or 200 different ways that a physician may indicate "diabetic" in their free text chart. We will never be able to

peuvent-elles bénéficier des meilleures normes de soins en tout temps? Je sais qu'il existe certaines structures dans les provinces, comme Action Cancer Ontario et d'autres programmes, mais comment pouvons-nous normaliser le tout partout au Canada de façon que si vous venez d'une collectivité qui n'est pas axée sur la recherche, vous puissiez tout de même avoir accès facilement aux meilleures pratiques en matière de soins?

Monsieur le Président, nous avons vu un peu cela dans le projet pilote au centre-ville de Vancouver. Cette question n'était pas tellement de nature médicale; elle se rapportait plutôt à l'ensemble des déterminants de la santé. Lorsque nous avons demandé aux responsables qui d'autre au Canada avait examiné leur projet pilote, ils ont répondu que personne ne leur avait posé de questions à ce sujet. Ils ont reçu des demandes de renseignements provenant d'autres pays comme le Venezuela, le Japon et l'Italie, et si nous procédions à cette étude à grande échelle sur la santé de la population et que nous recueillions beaucoup de données, il me semble qu'il serait honteux que nous ne puissions pas y avoir accès de partout.

Le président : C'est ce que nous essaierons de faire au cours des 45 prochaines minutes, soit de trouver un moyen de faire cela.

Monsieur Wolfson, c'est à votre tour. J'ai remarqué que vous avez toujours l'air d'être sur la corde raide depuis les 30 dernières années, mais vous réussissez toujours à vous en sortir.

M. Wolfson : D'entrée de jeu, je dois dire que je n'essaie pas de répondre à la question de façon précise. Cependant, en réponse aux commentaires précédents concernant les écarts, et j'ai laissé de côté un des plus évidents qui montre qu'à long terme le dossier de santé électronique ou le dossier médical électronique offre un potentiel énorme et doit constituer une pierre angulaire des systèmes d'information dont nous parlons.

En ce qui concerne les dossiers de santé électroniques par rapport aux dossiers médicaux électroniques, il semble qu'actuellement, beaucoup de gens croient qu'il y a une distinction claire entre les deux. L'un d'entre eux correspond au système qui préoccupe principalement Inforoute jusqu'à maintenant, et qui a trait, par exemple, au système de congé des patients ou aux images diagnostiques, ou encore aux médicaments ou aux tests en laboratoire. La façon dont je vois les dossiers médicaux électroniques, et corrigez-moi si je me trompe, se rapporte essentiellement à ce que le médecin fait dans son cabinet lorsque vous allez le consulter. Mon médecin utilise le clavier. Je la rends parfois mécontente parce qu'il semble que j'en connaisse plus qu'elle à propos de ce système. Le côté négatif, c'est qu'elle fait ce travail en texte libre et, d'un point de vue analytique, il sera presque inutile et il constituera un pas important en arrière.

Actuellement en Ontario, lorsqu'un médecin facture le système de soins de santé provincial, il doit détailler sa facturation. C'est ainsi que le Système national de surveillance du diabète a été créé dans tout le pays. Vous connaissez la raison pour laquelle une personne se présente au cabinet d'un médecin de première ligne. Si toute la documentation est en texte libre, même si Google est très efficace, on n'a pas pensé à un moyen de faire une recherche de texte. J'ai lu qu'un médecin pouvait avoir 10, 20 ou même 200 façons différentes d'indiquer le terme « diabétique » dans son

extract that. If you have not heard about it already, there is a major worry here about a step backwards rather than a step forward in terms of losing data.

I have another point that perhaps touches on the Community Accounts as a model. Most of our discussions until now refer to the date as cross-sectional data, a snapshot for this year, next year and the year after. That is absolutely fundamental for monitoring, telling where we are, determining trends, whether things are getting better or worse. We have not talked nearly as much about longitudinal data, and in particular data that are longitudinally linked at the person level. This is implicit in this diagram of these life core stages. It is absolutely fundamental, to my mind, that we give at least equal weight to that kind of information.

This may be more a technical kind of phrase, but from a database or information handling point of view it is more efficient just to store the trajectories: I went to the doctor this day, I got a prescription that day, I had a procedure another day, I had a lab test. Those can be strung together so it is a patient-oriented trajectory and, as has already been noted, the postal code of the patient and the provider will be there. Therefore, with modern computing and some work to get the right people trained, we can look at it from the aspect of building some community accounts. We have the postal code data so we can look at procedure rates by neighbourhood deprivation index and observe, as Dr. Neudorf's urban public network has done, that there really are some major discrepancies that point to something being wrong. You can talk better than I can about what policy actions that has initiated.

At the same time, if we want to understand what works, are people better really off after their hip replacements? There is a need to look longitudinally at these people. If we want to do any kind of planning or understanding of what interventions work, we need to do that as well. A major concern I have beyond the longitudinal linking here is the way in which the EHR is currently structured. It will all be from a biomedical perspective. However, people are pointing out that there are a whole lot of other things, and part of that is linking other records, whether it is school absentee records or school test marks or social assistance records. I am worried that there is still another major gap here that I will call, for want of a better phrase, the vernacular description of health. It is one thing for your doctor to say you have hemiplegia — we actually did a focus group on some disability questions yesterday, and there was a person who came in with that — but it is quite another to understand, from the the patient's point of view, whether they can get around the community and handle themselves in house, in school or at work. Those kinds of things are not, as far as I understand it, anticipated to be on the EHR. However, if we want to understand how healthy people are and

tableau de texte libre. Nous ne serons jamais en mesure d'extraire ces renseignements. Si vous n'en avez pas encore entendu parler, on peut avoir de grandes craintes à propos d'un éventuel pas en arrière au lieu d'un pas en avant en ce qui concerne la perte de données.

Je voudrais aborder un autre point qui pourrait être lié aux comptes communautaires en tant que modèle. Jusqu'à présent, la plupart de nos discussions étaient liées à la date en tant que données transversales, un portrait pour cette année, l'année prochaine et l'année suivante. C'est absolument fondamental pour surveiller, pour déterminer où nous en sommes, pour relever les tendances, et pour constater si la situation s'améliore ou empire. Nous n'avons pas discuté autant des données longitudinales, et en particulier des données qui sont liées de façon longitudinale au niveau des personnes. Ce contexte est implicite dans le présent tableau des stades du cycle de vie. Selon moi, il est absolument fondamental que nous accordions au moins une importance égale à ce type d'information.

Il pourrait s'agir d'une formulation davantage technique, mais du point de vue d'une base de données ou du traitement des renseignements, il est plus efficace de simplement inscrire les cycles : je suis allé voir le médecin ce jour-là, j'ai obtenu une ordonnance ce jour-là, j'ai eu une intervention un autre jour, j'ai passé un test en laboratoire. Ces renseignements peuvent être alignés afin de devenir un cycle axé sur le patient et, comme on l'a déjà mentionné, le code postal du patient et les renseignements concernant le fournisseur s'y trouveront. Par conséquent, grâce aux systèmes informatiques modernes et à une formation offerte aux bonnes personnes, nous pouvons étudier la situation avec l'intention d'établir certains comptes communautaires. Nous avons les données concernant les codes postaux, alors nous pouvons étudier les taux d'intervention au moyen de l'indice de défavorisation régionale et observer, comme l'a fait le réseau public urbain du Dr Neudorf, qu'il existe vraiment des écarts importants indiquant que quelque chose ne va pas. Vous pouvez parler mieux que moi des politiques qui ont été adoptées.

En même temps, si nous voulons comprendre ce qui fonctionne bien, les gens sont-ils vraiment dans un meilleur état après un remplacement de hanche? Il faut regarder ce qui arrive à ces gens de façon longitudinale. Si nous voulons faire une planification quelconque ou comprendre quelles interventions fonctionnent bien, nous devons le faire également. La structure actuelle du dossier de santé électronique constitue une préoccupation importante pour moi, qui va au-delà des liens longitudinaux. Le tout sera abordé d'un point de vue biomédical. Toutefois, des gens signalent qu'il faut prendre en compte beaucoup d'autres aspects, entre autres les liens avec d'autres dossiers, qu'il s'agisse de dossiers d'absentéisme scolaire, de notes aux examens scolaires ou de dossiers d'aide sociale. Je crains qu'il y ait encore un écart important ici que j'appellerais, en l'absence d'une meilleure formulation, la description vernaculaire de la santé. C'est une chose que votre médecin vous dise que vous avez une hémiplégié — en réalité, nous avons créé un groupe de réflexion sur des questions relatives à l'invalidité hier, et une personne a abordé ce sujet — mais c'est une toute autre chose que de comprendre, du point de vue des patients, s'ils peuvent contourner la communauté et régler le tout eux-mêmes

what is affecting things in their daily lives, we absolutely need some way of adding that kind of information or making sure it is included.

I will add a couple of more quick points. There was also a question before, number 7, which concerns the barriers to the development of cohort surveys. Part of it is based on administrative data. I have already mentioned that there is a fundamental issue about a willingness to share. If we are talking about collecting additional data on health status, the ability to function, key correlates, the doctor will not ask you to wear an activity monitor and determine your physical activity or inactivity. Obesity is a major driver of health concerns these days and to enter calories in, calories out, how much you are spending on one side and how much food you are ingesting. This will be expensive information to collect.

At the moment, one of my concerns — and a couple of people have mentioned this — is to what use the data will be put: Who are the users? What are the issues or questions driving it? Those ought to be the first things that one asks, and ought to drive our thinking about working back to say what information system is needed. I would be happy to rattle off a few examples.

I cannot resist throwing out one more cosmic idea, if I may, to the committee. I have been reflecting on this aspect in a different context in conversations with colleagues at the Canadian Institution for Health Research, and what I observe is that the idea of big science has been accepted for decades in high energy physics and in astronomy and, more recently, in genomics, but the idea of big science is not at all accepted in population health. In another context, I like to say that Statistics Canada is the cyclotron for the social sciences. The EHR has the potential to be the cyclotron for population health, or at least a large part of the foundation. What would really be wonderful is if we could step back and have some big thinking about how exactly are we allocating our research monies. As much as I love cosmology and the beautiful pictures that come back from the various space telescopes, I believe it would be of greater social utility to think of similar investments in population health and the fundamental science of it. There is my spiel for you.

The Chair: That is our last question, Mr. Wolfson, to deal with the research piece.

Jean Harvey, Director, Canadian Population Health Initiative, Canadian Institute for Health Information: I wanted to pull together some of the pieces I have been hearing about this morning. How we can get there has been a topic of discussion. There are some good news stories out there that we need to

à l'interne, à l'école ou au travail. Si je ne m'abuse, ce genre de renseignements ne devrait pas être inscrit dans le dossier de santé électronique. Par contre, si nous voulons comprendre la situation des personnes en bonne santé et ce qui a des incidences dans leur vie quotidienne, nous devons absolument trouver des façons d'ajouter ce type de renseignements et de s'assurer qu'ils sont inscrits.

Je vais ajouter quelques brèves observations. Il y avait une question qui a été posée auparavant, la question n° 7, qui porte sur les obstacles à l'élaboration d'enquêtes de cohortes. Ces enquêtes sont fondées en partie sur des données administratives. J'ai déjà mentionné qu'il y avait un problème fondamental concernant le consentement à partager des renseignements. Si nous parlons de la collecte de données supplémentaires sur l'état de santé, la capacité de fonctionner et les principales corrélations, le médecin ne vous demandera pas de porter un appareil de surveillance des activités et de déterminer votre niveau d'activité ou d'inactivité physique. L'obésité est la cause principale des problèmes de santé ces temps-ci et le fait d'inscrire les calories gagnées et les calories perdues, combien vous perdez d'un côté et combien de nourriture vous ingérez. La collecte de ces renseignements coûtera cher.

En ce moment, une de mes préoccupations — et deux ou trois personnes en ont parlé — est de savoir à quoi serviront les données. Qui sont les utilisateurs? Quels sont les problèmes ou les questions qui motivent ça? C'est ce qu'on doit se demander en premier et c'est ce qui doit motiver notre réflexion sur le système d'information dont nous avons besoin. Je serais heureux de vous présenter quelques exemples.

Je ne peux pas m'empêcher de lancer une idée qui pourrait vous paraître étrange. J'ai réfléchi à cet aspect dans un contexte différent lors de conversations avec des collègues des Instituts de recherche en santé du Canada, et je remarque que l'idée de grands projets scientifiques a été acceptée depuis des décennies dans le domaine de la physique des hautes énergies et de l'astronomie et, plus récemment, dans le domaine de la génomique, mais que cette idée n'est pas du tout acceptée dans le domaine de la santé des populations. Dans un autre contexte, j'aime dire que Statistique Canada est le cyclotron des sciences sociales. Le dossier de santé électronique pourrait être le cyclotron de la santé de la population ou, du moins, constituer une grande partie de ses assises. Il serait vraiment merveilleux de pouvoir prendre du recul et de réfléchir de façon approfondie à la façon exacte dont nous dépensons l'argent consacré à la recherche. J'aime bien la cosmologie et les magnifiques images que nous renvoient les télescopes spatiaux, mais je crois qu'il serait plus utile sur le plan social d'effectuer des investissements similaires dans la santé de la population et dans la recherche scientifique fondamentale dans ce domaine. C'est ce que j'avais à vous dire.

Le président : Monsieur Wolfson, la question de la recherche est le dernier point que nous devons aborder.

Jean Harvey, directeur, Initiative sur la santé de la population canadienne, Institut canadien d'information sur la santé : J'aimerais reprendre certains des points qui ont été abordés ce matin. La question de savoir comment nous pouvons atteindre notre but a été un sujet de discussion. Il y a de bonnes nouvelles et nous

understand. Dr. Neudorf was talking about indicators of disparity. We did have a consensus conference yesterday where we looked at the indicators that get pulled together through CIHI and StatsCan.

There is a group through the Pan-Canadian Public Network, which is an initiative of the Public Health Agency of Canada, the PHAC, and there are expert groups associated with that. I sit on one called the Population and Health Promotion Expert Group. We have been looking at disparity and inequality indicators. That particular work from that expert group came to this consensus conference yesterday. Therefore I believe some of these initiatives are tying together nicely. Some of the work that the UPHN is doing was presented by Dr. Neudorf at this meeting yesterday.

There are a many players out there, and we have them around the table, but I think there are some good connections happening. I wanted to reinforce that aspect and the fact that I believe it is very positive. The will is there in this country to move things along.

I wish to pick up on the intervention research. There is a group in existence called PHIRIC, the Population Health Intervention Research Initiative of Canada, and a number of us are involved, such as the public health agency, the CIHR, which is not at this table but they take an active role in that particular group, as well as us and a number of others. We are committed to looking at intervention research, how we can move it along. As you talk about gaps in information, certainly one of the gaps is the intervention research. It needs to be recognized as valuable research that people do. We need people better trained in that, so we need to put some resources and commitment into the training of that and see it as an important piece to move along. There is some good work happening there, and I think the more we work together on these kinds of things the further we will get.

The report you have just received is one we recently produced in partnership with the Urban Public Health Network as well as INSPQ, the Institut national de santé du Québec. It was again bringing the pieces and partners together. There are good-news stories out there that we should not lose sight of when looking at these issues.

The Chair: Thank you. Dr. Goel?

Mr. Goel: There are quite a few things on the table at the same time, so I will try to address a few of them. I made a notation here to talk about big science, and then Mr. Wolfson beat me to it.

Yesterday in Ontario, we launched the Ontario Health Study. It will recruit 150,000 people collecting a full range of information from the individuals across the spectrum on this chart. We will also collect community level data about where they live and environmental measures as well as biological measures, and store

devons les comprendre. Le Dr Neudorf a parlé des indicateurs de disparité. Hier, nous avons tenu une conférence consensuelle au cours de laquelle nous avons examiné les indicateurs qui sont réunis par l'ICIS et Statistique Canada.

Un groupe a été formé par le biais du Réseau pancanadien de santé publique, qui constitue une initiative de l'Agence de santé publique du Canada, l'ASPC; et des groupes d'experts y sont associés. Je fais partie de l'un de ces groupes, le Groupe d'experts sur la promotion de la santé de la population. Nous avons étudié les indicateurs de disparité et d'inégalité. Le travail de ce groupe d'experts a été présenté lors de la conférence consensuelle d'hier. Je crois donc que certaines initiatives se recoupent bien. Le Dr Neudorf a présenté une partie du travail effectué par le Réseau canadien pour la santé urbaine lors de la réunion d'hier.

De nombreux intervenants sont impliqués et nous les avons réunis, et je crois que des liens intéressants se nouent. Je souhaitais mettre l'accent sur ce point et sur le fait que je crois que c'est très positif. La volonté de faire avancer les choses existe dans ce pays.

Je souhaite soulever la question de la recherche interventionnelle. Plusieurs d'entre nous participent aux activités d'un groupe que l'on appelle l'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada ou l'IRISPC, notamment l'Agence de santé publique, l'IRSC — qui ne témoigne pas devant le sous-comité, mais qui joue un rôle actif au sein de ce groupe —, nous et d'autres organisations. Nous nous sommes engagés à examiner la question de la recherche interventionnelle et la façon de faire progresser ce type de recherche. Vous parliez de lacunes dans les données, une des lacunes concerne assurément la recherche interventionnelle. Ce type de recherche doit être reconnu comme un type de recherche valable. Les gens doivent être mieux formés dans ce domaine, nous devons donc affecter des ressources à la formation et prendre des engagements en ce sens, et considérer la formation comme un élément important qui permettra de faire avancer les choses. On fait du bon travail, et plus nous nous concerterons pour travailler sur ces éléments, plus nous ferons progresser les choses.

Nous avons produit récemment le rapport que vous venez de recevoir en partenariat avec le Réseau canadien pour la santé urbaine et l'Institut national de santé publique du Québec, l'INSPQ. On a de nouveau réuni les éléments pertinents et les partenaires. Il y a de bonnes nouvelles que nous ne devrions pas perdre de vue lorsque nous nous penchons sur ces questions.

Le président : Merci. Docteur Goel?

M. Goel : Il y a un certain nombre d'éléments sur la table en même temps, je vais donc essayer d'aborder certains d'entre eux. Je m'étais pris une note pour parler des grands projets scientifiques, mais M. Wolfson l'a fait avant moi.

Hier, l'Étude sur la santé en Ontario a été lancée. Dans le cadre de cette étude, on mènera une enquête auprès de 150 000 personnes afin de collecter un vaste éventail de données auprès de personnes à tous les stades du cycle de la vie présentés dans le diagramme. Nous recueillerons également des

specimens. It is part of an initiative that is also similar to studies with common core data sets in, I think, Quebec, Alberta and British Columbia. It is an example of the big science.

I would point out that CIHR talked about doing this for years. These studies across the country are happening despite CIHR. You are absolutely right: there are other communities, such as physics and astronomy, that have figured out how to get those big science types of projects funded, and we need to show how that can be done here.

I would distinguish the cohort surveys under number 7 from the question under number 9 on intervention research. This is part of getting your basic population health information. As Mr. Wolfson said, we will get it in a variety of ways. We need those kinds of studies, which will be like the Framingham Heart Study has been for us for the last 50 years. There has never really been anything like that in Canada. It will take many years to generate that kind of data. There is what is possible with administrative data sets and linking surveys and so on, which we have had various attempts at, and then there is what will be possible in the future with electronic health records and being able to track individuals through their trajectory. We need to ensure that we build the infrastructure across all those aspects as well, and hopefully we will come back to talk about the intervention research piece.

On Senator Eaton's question, I think that is a very important part of all of this discussion. It is not just about getting more data or even more information. It is about getting the knowledge attached to that, the knowledge synthesis that the population health initiative does so that when you present a report, you also present the strategies. That works at the individual level as well as at the community and population level. We know from lots of experience that electronic medical records are only successful for implementation if you add value for the primary user.

My family doctor, Mr. Wolfson, has a system where the Canadian Task Force on Preventive Health Care recommendations are built right in. Based on age, gender and family history, the first thing she has is a list of what is recommended for that individual. You can have drug interactions and allergic history, and so on, come up at that point in care.

données communautaires sur le lieu de résidence, et nous procéderons à des mesures environnementales et biologiques et stockerons des échantillons. Cette étude fait partie d'une initiative qui réunit des études similaires comportant des ensembles communs de données de base réalisées, je crois, au Québec, en Alberta et en Colombie-Britannique. C'est un exemple de grand projet scientifique.

J'aimerais souligner le fait que les IRSC ont parlé de mener de telles études pendant des années. Les études qui sont menées d'un bout à l'autre du pays sont réalisées sans la participation des IRSC. Vous avez tout à fait raison sur le fait que d'autres communautés, comme celle de la physique et de l'astronomie, ont réussi à trouver comment financer les grands projets scientifiques, et nous devons montrer de quelle manière cela peut être fait dans notre domaine.

J'aimerais que l'on distingue les enquêtes de cohortes figurant au n° 7 de la question mentionnée au n° 9 sur la recherche interventionnelle. C'est un élément de la collecte d'information de base sur la santé de la population. Comme M. Wolfson l'a mentionné, nous obtiendrons ces données en utilisant diverses méthodes. Nous avons besoin de ce genre d'études, qui sera l'équivalent de ce qu'a été l'étude coronarienne de Framingham dans les 50 dernières années. Il n'y a jamais vraiment eu rien de tel au Canada. Il faudra de nombreuses années pour produire ce genre de données. Il y a ce que nous pouvons faire grâce aux ensembles de données administratives et au couplage des enquêtes et ainsi de suite — ce que nous avons tenté à plusieurs reprises —, et il y a ce que nous pourrons faire dans l'avenir grâce aux dossiers de santé électroniques et à la possibilité de suivre des personnes pendant tout le cycle de leur vie. Nous devons nous assurer d'élaborer l'infrastructure en tenant compte de tous ces aspects et, espérons-le, nous reviendrons pour discuter de la recherche interventionnelle.

En ce qui concerne la question du sénateur Eaton, je crois que c'est une partie très importante de toute cette discussion. Il ne s'agit pas uniquement d'obtenir un plus grand nombre de données ou encore plus d'information. Il s'agit plutôt d'obtenir les connaissances liées à ces données, le résumé des connaissances que l'initiative sur la santé de la population nous permet d'obtenir, de manière à ce que quand vous présentez un rapport, vous puissiez également présenter des stratégies. Cela s'applique aux données recueillies auprès d'une personne, d'une collectivité et d'une population. D'après de nombreuses expériences, nous savons que la mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques peut être une réussite uniquement si on ajoute une valeur pour l'utilisateur principal.

Monsieur Wolfson, mon médecin de famille utilise un système dans lequel les recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs sont intégrées. En fonction de l'âge, du sexe et des antécédents familiaux, elle obtient au premier coup d'œil une liste de recommandations qui s'applique à la personne. Les interactions médicamenteuses et les antécédents d'allergie et ainsi de suite, peuvent être mentionnés à cette étape des soins.

For this discussion, with a Community Accounts type of model, we need to think about the fact that if that user goes in to look at what to do for health and a certain risk factor in their community, not only are they getting the data but the knowledge synthesis is also popping up. I know the Public Health Agency of Canada has done a lot of work on this, as have other organizations. We need to build on that knowledge infrastructure to go along with the data and information infrastructure.

The last thing I want to comment on is this issue around training and personnel. It has come up a few times, and I will flip back to my previous role as a provost and vice-president academic for the University of Toronto. It is a challenging area in which to train people. You need to draw from many different disciplines. As Mr. Wolfson said, it is hard to show people what their career path will be. They can become an anthropologist or an economist; there are so many different places people draw from. You want to have that kind of education. The more we can do in creating these big projects, the more we create the opportunities for training.

I would also comment that in my own work with graduate students, I have seen a lot of them get frustrated when they try to work in this area. You try to do your masters in a year to a year and a half and you spend 16 months getting your data. Lots of attempts have been made to improve access, and so on, but we turn off a lot of our students when we get them into these areas because of the hurdles that they face to get their work done.

Mr. Frojmovic: My comments are mainly about this question of leadership, but I would also address the data gaps in this context. I agree, in the world of administrative health data I am a non-health practitioner, so that is my perspective. My sense is that we do have a lot of data and it is more a question of accessing and organizing it, and so the investment in collecting more is not really the issue.

That is a perspective on the 25 per cent box at the far right of the spectrum. If you look at a lot of the other boxes, we do have some pretty fundamental data collection issues. Speaking as a data practitioner in the municipal world, I cannot tell you today how many people have used a shelter system among our homeless population in Canada, by city. We have a database in place trying to collect that information, but we do not know the answer to that question.

We were trying to understand child care for a while. We cannot tell you very much about the child care system. As I found out two weeks ago, Industry Canada took a decision a few weeks ago that they will no longer try to report on individual bankruptcy by

Dans le cadre de cette discussion, selon un modèle de compte communautaire, nous devons réfléchir au fait que si un utilisateur consulte le système pour savoir quoi faire par rapport à la santé et à un facteur de risque associé à la collectivité, non seulement il obtiendra des données, mais il trouvera également le résumé des connaissances à ce sujet. Je sais que l'Agence de santé publique du Canada a accompli beaucoup de travail à ce sujet, tout comme d'autres organisations. Nous devons nous appuyer sur cette infrastructure de connaissances pour faire avancer l'infrastructure de données et d'information.

La dernière chose que je souhaite commenter est la question de la formation et du personnel. Ce point a été soulevé à quelques reprises et je vais reprendre mon rôle de vice-président et doyen de l'Université de Toronto. Il est difficile de former des gens dans ce domaine. Il faut aborder de nombreuses disciplines différentes. Comme M. Wolfson l'a dit, il est difficile de montrer aux gens ce que sera leur cheminement de carrière. Ils peuvent devenir anthropologue ou économiste; les gens viennent d'une foule d'endroits différents. C'est ce genre de formation qu'on veut avoir. Plus on peut en faire en élaborant ces grands projets, plus on peut créer des possibilités de formation.

J'aimerais également commenter cette question par rapport à mon travail avec des étudiants des cycles supérieurs. J'ai constaté que beaucoup d'entre eux deviennent frustrés en tentant de travailler dans ce domaine. Un étudiant essaie de faire sa maîtrise en un an, un an et demi, et il passe 16 mois à recueillir des données. De nombreuses tentatives ont été faites pour améliorer l'accès aux données et ainsi de suite, mais nous décourageons beaucoup de nos étudiants lorsqu'on les amène à travailler dans ces domaines en raison des obstacles auxquels ils doivent faire face pour effectuer leur travail.

M. Frojmovic : Mes commentaires portent principalement sur la question du leadership, mais j'aimerais également aborder la question des lacunes dans les données dans ce contexte. Je suis d'accord pour ce qui est du domaine des données administratives en santé. Je ne suis pas un praticien du domaine de la santé, c'est donc mon point de vue. Selon moi, nous disposons d'une grande quantité de données et la question est plus liée à l'accès aux données et à leur organisation, qu'à l'investissement dans la collecte de données.

Voici mon point de vue sur la boîte à l'extrémité droite représentant 25 p. 100 à la base du diagramme. Si on regarde plusieurs des autres boîtes, on constate que nous avons des problèmes de collecte de données assez fondamentaux. En tant qu'intervenant en matière de données dans le domaine municipal, il m'est impossible de vous dire aujourd'hui combien de personnes se sont rendues dans un refuge parmi la population de sans-abri au Canada, par ville. Il existe bel et bien une base de données pour essayer de recueillir de l'information à ce sujet, mais nous n'avons pas la réponse à cette question.

Nous avons tenté de comprendre la question de l'aide à l'enfance pendant un certain temps. Nous ne pouvons pas dire grand-chose sur le système d'aide à l'enfance. J'ai découvert il y a deux semaines qu'Industrie Canada avait décidé il y a quelques

municipality, let alone by smaller subset. I would imagine that a personal bankruptcy might have a pretty disruptive impact on one's health. However, we just don't have that information.

There is one thing in having data collected, but there is an investment needed in how we use that data. We seem to still be falling into the trap of investing our efforts in that 25 per cent of the health care system from a data point of view, and there is another 75 per cent that needs to be reflected, and in some cases it is about a basic collection of data and a basic understanding of what is happening in that environment. We cannot lose sight of that.

The leadership issue related to that is that there is a danger coming out of the health care system box because there is a tendency then to focus on that world. Box-wise, it is the single largest box, but that is probably because you could have broken out the health care system into many smaller boxes, just as the social centre has been broken out.

Wherever the leadership comes from, it must represent something more than just a box. I would need to be convinced why Statistics Canada should not provide the leadership at the level of data. There may be compelling reasons why, but that would be the starting point for me, rather than focusing on the health care system providing the leadership, because then you will lose sight of all these other determinants, the non-health care system determinants.

That brings me back to the point raised earlier about investment. If we are looking at transformative investment in infrastructure in this country, it is not about roads and bridges. That is really continuing old models. They need to be maintained. Suburbanites — God love them — need to get into the cities for their jobs. You do not want to sit in traffic, but that is not the transformative kind of investment we are speaking of that will change this country. We need leadership on this type of investment, building the data infrastructure, working with the existing data sets we have, accessing them better, collecting more basic data on a range of issues. Whether it is homelessness or bankruptcies, there are many other issues in the social sector. Social housing is another area where we do not know all that much about it. We need a broader perspective.

In the U.K. they moved the responsibility into the Deputy Prime Minister's office. Over the break, we were trying to figure out what the equivalent would be in Canada. There does not seem to be one. They did that in the U.K. because they needed that broader perspective. As a non-health practitioner, my main comment is that you must be aware of getting yourself stuck in that 25 per cent box.

The Chair: That is a very good point.

semaines de ne plus essayer de produire de rapports sur les faillites personnelles par municipalité, et encore moins par plus petits sous-ensembles. Je suppose qu'une faillite personnelle peut avoir un assez grand impact sur la santé d'une personne. Cependant, nous ne disposons pas de cette information.

C'est une chose de collecter des données, mais il faut investir pour trouver comment utiliser ces données. Nous semblons encore tomber dans le piège qui consiste à investir nos efforts dans les 25 p. 100 qui, du point de vue des données, touche le régime de soins de santé, alors qu'il faut également représenter les autres 75 p. 100. Dans certains cas, il s'agit de collecter des données de base et de comprendre l'essence de ce qui se passe dans cet environnement. Il ne faut pas perdre ça de vue.

La question connexe du leadership est qu'il y a un danger concernant la boîte du régime de soins de santé parce qu'il y a une tendance à axer les efforts dans ce domaine. Sur le plan des boîtes, celle du régime de soins de santé est la plus grande, mais cela s'explique probablement par le fait qu'elle aurait pu être fractionnée en plus petites boîtes, tout comme les déterminants socio-économiques l'ont été.

Peu importe d'où vient le leadership, ce dernier doit représenter plus qu'une simple boîte. J'aimerais qu'on m'explique pourquoi Statistique Canada ne devrait pas assurer le leadership concernant les données. C'est peut-être pour des raisons impérieuses, mais ça serait un point de départ selon moi, plutôt que de se limiter à ce que le leadership soit assuré par le régime de soins de santé, parce qu'à ce moment-là on perdra de vue tous les autres déterminants, les déterminants qui ne sont pas liés au régime de soins de santé.

Cela me ramène au point soulevé plus tôt à propos des investissements. Si nous cherchons à faire des investissements transformateurs dans l'infrastructure du pays, il ne faut pas investir dans les routes et les ponts. Ça serait de perpétuer les vieux modèles. Les routes et les ponts ont besoin d'être entretenus. Les banlieusards — que Dieu les protège — doivent se rendre dans les villes pour leur travail. Les gens ne veulent pas être pris dans la circulation, mais ce n'est pas le genre d'investissement transformateur qui apportera des changements au pays. Nous avons besoin que quelqu'un assure le leadership de ce type d'investissement, pour l'élaboration de l'infrastructure de données, pour travailler avec les ensembles de données dont nous disposons, pour accéder plus facilement à ces données et pour assurer la collecte d'une plus grande quantité de données de base sur un vaste éventail de questions. Qu'il s'agisse d'itinérance ou de faillites, il y a de nombreuses autres questions dans le secteur social. Le logement social est un autre domaine où nous ne disposons pas de beaucoup d'information. Nous devons avoir une vaste perspective.

Au Royaume-Uni, la responsabilité a été déléguée au cabinet du vice-premier ministre. Pendant la relâche, nous avons tenté de déterminer quel serait l'équivalent au Canada. Il ne semble pas y en avoir. Ils ont agi ainsi au Royaume-Uni parce qu'ils avaient besoin d'avoir une perspective plus large. Comme je ne suis pas dans le domaine de la santé, mon principal commentaire est qu'il faut prendre garde à ne pas se limiter à la boîte des 25 p. 100.

Le président : Vous soulevez un très bon point.

Ms. Dodds: Going back to the senator's question, I want to note that the issue of mental health has not been raised this morning, and mental health is a critical issue. We now have the Mental Health Commission, and hopefully they will make progress in their goal of removing the stigma attached to mental illness.

Many of the interventions that people have used to date are related to health promotion and disease prevention. We do not have many interventions that are not simply treatments in a biomedical model: Take this pill; take this medicine; do this kind of physiotherapy and you will become better. The interventions to date for early childhood development and such things are more to try to prevent something or postpone something rather than, having experienced the trauma, such as residential schools, determining how to help you heal.

Residential schools are not the only example we have of something like that. We know of all the military people who are suffering from post-traumatic stress disorder. We do not know what will work and what will not work.

Mr. Frojmovic just talked about bankruptcies. We know that the economic depression of the 1920s had a huge impact on health. We do not know what the time course is and what the required interventions are. We need more understanding of what kinds of interventions — which are not strictly biomedical — will work.

We do have evidence that two things will help First Nations, regardless of the situation. One is including them, and one is giving them control. There is evidence that in the health area, without doing anything biomedical, simply doing those two things improves the health outcome. We do not know what kind of causality there is. However, we know that if you involve them and give them control, health outcomes will improve.

The place of electronic health records on your agenda concerns me. I do not think we should make them broad enough to cover your determinants of health. It is big enough to cover the 25 per cent that is the health care system aspects, which will include a few other things. When you are looking at the other determinants of health, you are very right in saying: Who should collect; who should access and who should use? Should a population health organization be the primary collector of education and social data versus StatsCan, which already has a mandate to collect some of that, and your Community Accounts, which is already doing it? Instead, the question is: Who makes them connected; who has the ability to tie them together? I would say: Who collects, who accesses and who uses?

Mme Dodds : Pour revenir à la question du sénateur, j'aimerais souligner que la question de la santé mentale n'a pas été soulevée ce matin et que cette question est cruciale. Nous avons désormais mis sur pied la Commission de la santé mentale et, espérons-le, ils feront des progrès pour atteindre leur objectif qui est d'éliminer les préjugés face à la maladie mentale.

Un grand nombre des interventions faites jusqu'à maintenant vise la promotion de la santé et la prévention des maladies. Il n'y a pas beaucoup d'interventions qui ne sont pas de simples traitements selon un modèle biomédical. On dit aux gens qu'ils n'ont qu'à prendre cette pilule, prendre ce médicament ou suivre tel traitement de physiothérapie et qu'ils se sentiront mieux après. Jusqu'à présent, les interventions dans le domaine du développement de la petite enfance et ce genre de choses consistent plutôt à essayer de prévenir quelque chose ou de retarder quelque chose plutôt qu'à déterminer comment aider la personne à guérir après qu'elle a subi un traumatisme, comme un séjour dans un pensionnat.

Les pensionnats ne sont pas le seul exemple du genre. Nous connaissons l'histoire de tous ces militaires qui souffrent du trouble de stress post-traumatique. Nous ne savons pas ce qui fonctionnera et ce qui ne fonctionnera pas.

M. Frojmovic vient de parler des faillites. Nous savons que la Grande Dépression des années 1920 a eu un impact immense sur la santé. Nous ne connaissons pas la chronologie ni les interventions requises. Nous devons mieux comprendre quels types d'interventions fonctionneront — et je ne parle pas strictement des interventions biomédicales.

Des données nous indiquent que deux choses aideront les Premières nations, peu importe la situation. La première est l'inclusion des Premières nations et la seconde est de leur donner du pouvoir. Des données montrent que dans le domaine de la santé, on améliore les résultats simplement en faisant ces deux choses, sans faire quoi que ce soit sur le plan biomédical. Nous ne connaissons pas les liens de causalité. Cependant, nous savons que s'ils sont inclus et si on leur donne du pouvoir, les résultats en santé seront améliorés.

Je suis préoccupée par la place des dossiers de santé électroniques au programme du sous-comité. Je ne crois pas qu'ils devraient contenir de l'information aussi vaste que celle sur les déterminants de la santé. Les dossiers contiendront bien assez d'information si on couvre les aspects liés au régime de soins de santé représentant 25 p. 100 et quelques autres éléments. Lorsqu'on examine les autres déterminants de la santé, vous avez raison de poser les questions suivantes : Qui doit collecter les données? Qui devrait avoir accès aux données et qui devrait les utiliser? Est-ce qu'un organisme de santé doit être le principal responsable de la collecte de données sur l'éducation et de données sociales d'une population ou est-ce que ça devrait être fait par Statistique Canada, dont le mandat est déjà de recueillir une partie de ces données, et par les comptes communautaires, qui le font déjà? Les questions sont plutôt celles-ci : qui relie ces données et qui est capable d'établir les liens entre elles? Je poserais les questions suivantes : qui collecte les données, qui y a accès et qui les utilise?

To return to my first point, collecting the data is enormously expensive. Even though we point to our investment in Infloway, that is not nearly as expensive if you add up the cost of the hundreds of thousands of points of delivery.

Dr. Neudorf: Just to reiterate, the need that we are talking about to improve population health is for very broad-based data at a local level. I cannot stress enough the number of times I have seen very well put together national studies that have no impact at a local level. However, if you make the same data available at a local level with locally understandable geographies, suddenly people are moved from the heart to change.

I was at a conference in the U.K., where they have taken a strong national stand in trying to make a difference. They have said that you need the two-pronged approach of political will to make change and public support and understanding of the issue. In the case of Saskatoon, I have seen that presenting the data in that meaningful, local way has resonated with both of those arms and has created the necessary public dialogue to start talking about program and policy change.

In order to get that happening, we need to have very strong federal and provincial support and priority for this to get those ministries together to say that we do need to share this data.

Why do we need to do that? To make the argument that this is necessary for overall betterment and well-being is very good. The U.K. has introduced the concept of health equity audits. It can be called different things in different countries. The concept is to consider, as you introduce policies, what the impact will be on population, well-being or health. Some are getting away from the term of "health" because of this concept of 25 per cent of the system driving what we are really after, which is well-being.

Once you have that priority level, you need the coordinating body. Someone must provide that coordination. It is not necessarily collection or ownership; it is coordination that is required. It is important that the body that is bringing it together on a pan-Canadian basis not be introducing new barriers to the access to the data. This is fundamentally about data liberation; about facilitating access to data.

We have found that it is very important to ensure that the infrastructure and tools that are provided to access the data are meaningful for those three types of audiences: the community as a whole, the policy analysts and decision-makers, and the researchers. Each of those need a different look to the data and the access, but that does not necessarily mean you must have different systems. It can be based on a common architecture model.

Saskatoon, the Community Accounts program and the Manitoba centre have each done many years of work with those audiences to determine what types of access and functionality they need. If we can put that together, I think we can find a way that will meet the front-end needs.

Pour revenir à mon premier point, la collecte de données coûte extrêmement cher. Même si nous ciblons notre investissement dans l'Inforoute, ça ne coûtera pas aussi cher que si nous ajoutons le coût de centaines de milliers de points de service.

Dr Neudorf : Je répète que le besoin dont nous parlons, qui est d'améliorer la santé de la population, concerne la collecte d'un vaste éventail de données à l'échelle locale. Je ne saurais suffisamment insister sur le nombre de fois où j'ai vu des études nationales très bien faites n'avoir aucun impact à l'échelle locale. Cependant, si on rend les mêmes données accessibles à l'échelle locale en les répartissant par région de façon logique, tout d'un coup les gens ont le cœur d'apporter des changements.

J'ai assisté à une conférence au Royaume-Uni où ils ont adopté une position ferme en essayant de faire une différence. Ils ont affirmé qu'il fallait une démarche en deux volets, celui de la volonté politique d'apporter des changements et celui de l'appui et de la compréhension publics de la question. Dans le cas de Saskatoon, j'ai constaté que le fait de présenter les données locales de façon sérieuse a eu une incidence sur ces deux volets et a fait ressortir la nécessité de tenir un débat public pour commencer à parler des modifications à apporter aux programmes et aux politiques.

Pour que ces choses se réalisent, les gouvernements fédéral et provinciaux doivent fournir un appui solide et accorder la priorité à ce projet afin que les gouvernements unissent leur voix pour affirmer qu'il faut partager ces données.

Pourquoi devons-nous agir ainsi? Pour affirmer que c'est nécessaire pour le bien-être et le mieux-être. Le Royaume-Uni a lancé le concept des vérifications de l'équité en santé. Ce concept peut être nommé différemment selon les pays. Le concept consiste à tenir compte, lors de la mise en place de politiques, des incidences sur la population, le bien-être ou la santé. Certaines personnes délaissent le terme « santé » parce que ce concept ne vise que 25 p. 100 du système qui appuie ce que nous voulons, c'est-à-dire le bien-être.

Lorsqu'on a atteint ce niveau de priorité, il faut mettre en place un organisme de coordination. Quelqu'un doit s'occuper de la coordination. Il ne s'agit pas nécessairement de collecte ou de prise en charge, mais plutôt de coordination. Il est important que l'organisation chargée de la coordination pancanadienne ne dresse pas de nouveaux obstacles pour l'accès aux données. Cela est essentiel pour faciliter l'accès aux données.

Nous estimons qu'il est très important de s'assurer que l'infrastructure et les outils fournis pour accéder aux données soient significatifs pour trois groupes : la collectivité dans son ensemble, les analystes des politiques et les décideurs, et les chercheurs. Chacun de ces groupes doit pouvoir aborder les données et la façon d'y accéder d'un angle différent, mais cela ne veut pas nécessairement dire qu'il faut avoir différents systèmes. Le système peut être fondé sur un modèle d'architecture commun.

À Saskatoon, le programme des comptes communautaires et le Centre du Manitoba ont travaillé pendant de nombreuses années avec ces groupes pour déterminer quels types d'accès et quelles fonctionnalités leur seraient nécessaires. Si on peut mettre ça en place, je pense que nous pouvons trouver une façon de répondre aux besoins de base.

I want to respond to the issue of the health system collecting the data. That is definitely not where we want to go. We tend to have the largest capacity as a group in terms of the analysis and infrastructure investment. We are not collecting the data, but we may have the capacity to connect the data.

In Saskatoon the investment has been made in social services, education, justice, et cetera, to do data collection for their own administrative purposes. We are designing a system that can get out there in a distributed database model. They have data ownership and control and agreement on who can access for what purposes. Your role at a population health level is to connect it and ensure that the right types of users have the right types of access. That is what we need to focus on.

The Chair: Thank you very much.

Mr. Smith: Dr. Neudorf has eloquently stated one way to bring several of these different initiatives together. Coordination of that capacity and bringing it together would be useful in moving this agenda forward. I think he stated it very well.

Mr. Berthelot: To build on what Dr. Neudorf said, you asked if we all agreed with Community Accounts. With regard to Canadian community accounts, I think they need to be local. People must have ownership of the account, and it must contain information in order to be actionable.

I fully agree with Dr. Neudorf: We should not collect data that already exists in other fields. The challenge is in coordinating the action and in trying to come up with what I would call a minimum core standard, on a pan-Canadian basis, that would allow communities in Saskatchewan to compare with communities in Newfoundland. We need local information. We do not need a lot of information about cod fisheries in Saskatoon, but we may need that in Newfoundland. This is reality. We need local information.

If we acknowledge that there is a need for a coordinating mechanism, who will take the lead? We need to find an organization that can be a catalyst, and that is a challenge. Around the table here, most of the organizations — except perhaps the Federation of Canadian Municipalities and the Rural Secretariat — are all health based. Even though we have all been successful in our areas, there will be a challenge to bring in education and social services. Dr. Neudorf has done this in Saskatchewan, but on a pan-Canadian basis it is a much bigger challenge. We need to convince the governments of the benefit of bringing in education information in terms of a population health perspective.

We should not underestimate the challenge. We need some type of a catalyst, an organization that will bring together the people who can acknowledge that this information is required, not just

Je souhaite réagir à l'idée qu'il reviendrait au système de santé de collecter les données. Ce n'est assurément pas ce que nous voulons. Nous avons tendance à accroître nos capacités lorsque nous agissons comme un groupe pour l'analyse et l'investissement dans l'infrastructure. Nous ne collectons pas de données, mais nous avons la capacité de relier les données.

À Saskatoon, on a investi dans les services sociaux, l'éducation, la justice, « et cetera » pour effectuer la collecte de données pour les besoins administratifs locaux. Nous concevons un système qui peut être livré selon un modèle de base de données distribuée. Ils sont propriétaires des données, ils les contrôlent et ont conclu des ententes afin de déterminer qui a accès aux données et l'utilisation qui peut en être faite. Votre rôle, au niveau de la santé de la population, est de relier ces données et de vous assurer que les bons utilisateurs ont un accès adéquat aux données. Nous devons nous concentrer là-dessus.

Le président : Merci beaucoup.

M. Smith : Le Dr Neudorf a présenté avec éloquence une façon de regrouper plusieurs de ces initiatives différentes. La coordination du processus et son uniformisation seront utiles pour faire avancer le programme. Je pense qu'il l'a dit clairement.

M. Berthelot : Pour poursuivre sur ce qu'a dit le Dr Neudorf, vous nous avez demandé si nous étions tous favorables aux comptes communautaires. Pour ce qui est des comptes communautaires canadiens, je crois qu'ils doivent être locaux. Les gens doivent s'approprier le compte et ce compte doit contenir de l'information qui permettra de prendre des mesures concrètes.

Je suis entièrement d'accord avec le Dr Neudorf. Nous ne devrions pas recueillir de données qui existent déjà dans d'autres domaines. La difficulté est de coordonner les mesures et de tenter d'établir ce que j'appellerais une norme minimale pancanadienne qui permettrait aux collectivités de la Saskatchewan de se comparer avec les collectivités de Terre-Neuve. Nous devons obtenir des données locales. Nous n'avons pas besoin de beaucoup d'information sur la pêche à la morue à Saskatoon, mais ça pourrait être nécessaire à Terre-Neuve. C'est une réalité; nous avons besoin de données locales.

Si nous reconnaissons qu'il faut mettre en place un mécanisme de coordination, qui en prendra l'initiative? Nous devons trouver une organisation qui peut agir comme catalyseur, c'est une tâche ardue. La plupart des organisations présentes autour de la table — peut-être à l'exception de la Fédération canadienne des municipalités et du Secrétariat rural — sont des organisations du domaine de la santé. Nous avons tous réussi dans nos domaines respectifs, mais il sera difficile de faire participer les intervenants du domaine de l'éducation et des services sociaux. Le Dr Neudorf l'a fait en Saskatchewan, mais ce sera plus difficile à faire à l'échelle pancanadienne. Nous devons convaincre les gouvernements qu'il y a des avantages à produire des données sur l'éducation lorsqu'il est question de santé de la population.

Il ne faut pas sous-estimer la difficulté. Nous avons besoin d'un genre de catalyseur, une organisation qui peut rassembler les gens qui reconnaissent que ces données sont nécessaires, non seulement

by the health sector but by other sectors, and come up with some type of minimum data set or core standard. That is a challenging task.

I cannot tell you who will do what, nor can I tell you who will take the lead. I can just tell you what we, as an organization, have done in the past and the role we have played in the population health sector. As an organization, we have played a role in promoting standards and in consensus and framework building, in collaboration with partners such as Statistics Canada, Health Canada and provincial ministries of health. As an organization, that is the type of role we can play, helping to create a standard for infrastructure. There are probably a lot of other partners that would be involved.

Mr. Wolfson: I, too, will not provide an answer on who will take the lead, but I will reflect on a couple of other sectors. There is no federal department of education. The closest we have is HRSDC or Service Canada. I spent a number of years worrying about our education statistics program. The federal-provincial tensions there are, shall I say, less satisfactory or worse when it comes to data collection.

Sharing data in the education area is potentially very frustrating. I remember at one point wanting to obtain absenteeism statistics from the schools. They basically wrote over the absentee rate every year. They did not keep the data from year to year.

On the other hand, Statistics Canada, for years, has had a tremendously successful model in the area of justice statistics, the analog of the Conference of Deputy Ministers of Health. The justice deputy ministers get together twice a year and, for an hour or two at each meeting, they put on a different hat, called the justice information or statistics group, and they work with the Statistics Canada folks.

The justice deputy ministers have recently made a wonderful evolution to saying that we should have micro-data and we should be able to collect the court data, incarceration data and arrest data so that we can do the analog of the patient trajectories and understand what is going on in the justice system.

Housing is another area that is fundamentally important. Statistics Canada does not play a huge role beyond, for example, collecting basic data in the census, which is largely CMHC data.

Given the conversation of the last few minutes, each of these areas are in different places in federal-provincial relations and in the development of pan-Canadian structures. To try to draw this conversation to some useful conclusion, I wonder if the better part of wisdom is to say that we ought to have some sort of prioritization — we cannot move on all fronts across the diagram at once — and pick the areas where progress is most likely to be good in the short to medium run, and hope and expect that, by

pour le secteur de la santé, mais également pour d'autres secteurs, et qui peut élaborer certains types d'ensembles de données ou de normes minimales. C'est une tâche difficile.

Je ne peux pas vous dire qui s'en chargera, ni qui prendra l'initiative. Je peux simplement vous dire ce que, en tant qu'organisation, nous avons fait dans le passé et le rôle que nous avons joué dans le secteur de la santé de la population. L'organisation a joué un rôle dans la promotion des normes et dans l'établissement d'un consensus et d'un cadre, en collaboration avec des partenaires comme Statistique Canada, Santé Canada et les ministères provinciaux de la Santé. C'est le rôle que notre organisation joue; contribuer à l'élaboration d'une norme pour l'infrastructure. Il y a probablement bien d'autres partenaires qui pourraient participer.

M. Wolfson : Moi non plus je ne répondrai pas à la question de savoir qui prendra l'initiative, mais je présenterai ma réflexion sur deux ou trois autres secteurs. Il n'y a pas de ministère fédéral de l'Éducation. Ce qui s'y apparente le plus est RHDCC ou Service Canada. J'ai passé plusieurs années à me préoccuper de notre programme de statistiques sur l'éducation. Les tensions fédérales-provinciales sont, disons, moins bonnes ou plus marquées lorsqu'il est question de collecte de données.

La communication de données dans le domaine de l'éducation pourrait s'avérer très frustrante. Je me souviens qu'à un moment donné j'avais voulu obtenir des statistiques sur l'absentéisme auprès des écoles. Essentiellement, les écoles remplaçaient les données sur le taux d'absentéisme chaque année, de sorte qu'elles ne conservaient pas les données d'année en année.

D'un autre côté, Statistique Canada a, depuis des années, un modèle qui fonctionne très bien dans le domaine des statistiques sur la justice, l'équivalent de la Conférence des sous-ministres de la Santé du Canada. Les sous-ministres de la Justice se réunissent deux fois par année et, pendant une heure ou deux à chaque réunion, ils se mettent dans la peau d'un groupe chargé des statistiques ou des données sur la justice, et ils travaillent avec les responsables de Statistique Canada.

Les sous-ministres de la Justice ont récemment franchi un grand pas en affirmant que nous devrions avoir accès à des micro-données et que nous devrions être en mesure de recueillir les données des tribunaux, des données sur les incarcérations et sur les arrestations, afin d'établir l'équivalent de la trajectoire du patient et pour comprendre ce qui se passe dans le système juridique.

Le logement est également un secteur fondamental. Statistique Canada ne joue pas un grand rôle, à part en ce qui concerne la collecte de données de base par le biais du recensement et qui proviennent largement des données de la SCHL.

De ce qu'on peut tirer de la conversation de ces dernières minutes, chacun de ces secteurs se situe à des niveaux différents au sein des relations fédérales-provinciales et dans le développement de structures pancanadiennes. Si l'on veut tirer une conclusion qui soit un peu utile à cette conversation, je me demande s'il ne serait pas plus sage d'établir des priorités — nous ne pouvons agir sur tous les fronts en même temps — et de choisir les secteurs où des progrès sont plus susceptibles d'être observés à court et à moyen

demonstration and production of useful results, the other sectors will see the light and realize that they need to come on board. However, we should not expect this to happen all at once or in parallel.

Mr. Sheridan: I want to return to the question of what can be done to optimize the EHR clinical data. There are many opportunities here. I go back to Ms. Dodds' point about the track and the gauge on the railway, which is a good example on that piece. We need to push the agenda forward on that, and we have come a long way. We have standards in place on what is to be collected, but there are many additional pieces and there is the question of what else we need.

How the data is recorded and stored is critical for us. We have more work to do in this area. I take Dr. Taylor's comment on this. We have new data, and we will have lots more. How do we cope with that particular piece? Quite frankly, I do not think we are ready for that at this particular juncture, but we need to get there and we need to get there fairly quickly.

Part of getting there quickly is the existence, or non-existence, of what we call clinical data warehouses. I do not want to get into too much detail or technical specificity, but these data need to reside where they are not actively being hit continually as a clinical database. The data need to be extricated and put somewhere where the big science guys, people like Mr. Wolfson, can unleash that corpulence of IQ on these data sets in order to make them say something for us. This includes bringing these data into a clinical data warehouse where we can start doing the linkages we need to do with other databases and other information systems. That is a step we have not yet reached. We are exploring opportunities on how to move forward on that step with the jurisdictions.

Is it important to bring surgeons, like Dr. Keon, on board? Canada has probably next to the worst utilization of electronic medical health record systems in clinician care in physicians' offices. We are at 17 per cent. Countries such as the United Kingdom, Australia, Sweden, Denmark and the Netherlands are up over 90 per cent in terms of utilization. We have a big step to take there. We will start working on that, but it will be incremental.

Aside from the fact that Mr. Wolfson will be telling the physicians of this country that they should not be using free text, I think there are real issues there in terms of convincing the physician community and the associations of the utility of these electronic medical records, not just in delivery of care but for the potential of research. There is a significant amount of work to be done there.

terme, pour ensuite espérer et prévoir que la démonstration et la production de résultats utiles permettra aux autres secteurs d'y voir clair et de réaliser qu'ils doivent se rallier. Cependant, nous ne pouvons nous attendre à ce que tout cela arrive en même temps ni même en parallèle.

M. Sheridan : J'aimerais revenir sur la question de ce qui peut être fait pour optimiser les données cliniques des dossiers de santé électroniques. De nombreuses possibilités s'offrent à nous. J'aimerais rappeler l'analogie que Mme Dodds a utilisée concernant les voies ferrées et l'écartement entre les rails qui est un excellent exemple. Nous devons persévérer dans cette voie et nous avons déjà fait un bon bout de chemin. Nous avons déjà des normes établies concernant les données qui doivent être collectées, mais il existe encore de nombreux éléments supplémentaires et également la question de savoir si nous avons d'autres besoins.

La façon dont les données sont enregistrées et stockées est essentielle pour nous. Nous avons encore beaucoup de travail à faire dans ce domaine. Je m'appuie sur le commentaire du Dr Taylor. Nous avons de nouvelles données, et nous en aurons encore beaucoup d'autres. Comment réagir à cette question en particulier? Bien franchement, je ne crois pas que nous soyons prêts à cela en ce moment, par contre nous devons le devenir et nous devons être prêts rapidement.

Une façon d'y arriver rapidement est l'existence, ou l'inexistence, de ce que nous appelons les entrepôts de données cliniques. Je ne veux pas rentrer trop dans les détails ni dans les spécificités techniques, mais ces données doivent être stockées dans un endroit où elles ne sont pas continuellement consultées comme dans une base de données cliniques. Les données doivent être extraites et entreposées où les gens de la méga science, comme M. Wolfson, peuvent libérer leur immense matière grise et tenter de faire parler ces séries de données pour nous. Ce qui veut dire ramener toutes ces données dans un entrepôt de données cliniques là où l'on peut commencer à recouper les différentes bases de données et les autres systèmes d'information. C'est une étape que nous n'avons pas encore franchie. Nous sommes à l'étape d'étudier les solutions et les champs de compétence qui nous permettront d'aller de l'avant.

Est-il important de faire participer des chirurgiens comme le Dr Keon? Le Canada possède probablement l'un des pires systèmes de dossiers médicaux électroniques relatifs aux soins cliniques qui se trouvent dans les cabinets de médecins. Nous sommes à un niveau de 17 p. 100. D'autres pays comme le Royaume-Uni, l'Australie, la Suède, le Danemark et les Pays-Bas ont atteint un niveau d'utilisation de 90 p. 100. Nous avons beaucoup de chemin à rattraper. Nous commencerons à travailler là-dessus, mais tout se fera de manière progressive.

M. Wolfson dira aux médecins de notre pays qu'ils ne devraient pas utiliser le texte libre. Par ailleurs, je crois qu'il existe de vrais problèmes à cet égard, notamment pour ce qui est de convaincre les médecins et les associations de médecins de l'utilité de ces dossiers médicaux électroniques, non seulement en ce qui a trait aux soins donnés mais également au potentiel de recherche. Il y a beaucoup de travail à faire dans ce domaine.

In order to optimize the EMR and EHR data as it stands now, someone needs to have a discussion with the citizens of the country as to the utilization of this data in order to get some of these privacy issues off the table. In a survey we conducted, Canadians told us that they think electronic medical records and electronic health records are extraordinarily important to improving their health care — over 90 per cent on that particular question. Yes, they have some concerns around privacy, but they are not huge concerns. The issue is improving health care, and I think an engagement needs to be made with the Canadian citizen.

An area that has been a bit foggy for me up to this juncture is what the research community really needs and wants in terms of the data and information to pull to optimize their research and their big science on this particular piece. We have seen a shift in dynamic from big science to the consumer. We are now seeing the consumer wanting a say in how his or her health care is managed. I think they want to be part of how their health evolves and devolves as a consequence of chronic disease management and how they themselves can better manage that.

Another important step in this process of providing information to citizens to engage them in this process is the notion of patient portals and consumer health solutions. These tools can be put in place to help the individual manage their own health care.

Mr. Hollett: I do not have an overall concept on how you need to proceed with this, but I will make comments based on my experience.

In order for something like Community Accounts to work, you need the proper level of support. That means providing data to a variety of users, but our main focus has been on citizens. Going back to what Mr. Berthelot said, you need leadership and the official structure — ministers and deputies — behind this. I believe the pillars of this initiative would be supported by federal, provincial and territorial endowments. Although Statistics Canada has a variety of data, the most important data is coming from the provinces. The greatest use for this kind of approach will come from the provinces because that is where the people are. Where the people are located is where the problems are, and where the problems are is where the measurements need to be to reach the solutions.

I agree with Mr. Wolfson in terms of empowering people to help themselves. You need to have input from them in order to do that. Mr. Wolfson can have a database the size of the CN Tower using the best technology, but someone must have a need for it. A group needs to be established, possibly led by CIHI, with a mandate to do this in a non-traditional way. In other words, try to understand what needs to be done and work with people to do it, but do not be constrained by past practice.

Afin d'optimiser les données des dossiers médicaux électroniques et des dossiers de santé électroniques tels qu'ils sont maintenant, quelqu'un devrait avoir une discussion avec les citoyens du pays quant à l'utilisation de ces données pour enfin écarter tous les problèmes relatifs à la protection de la vie privée. Dans un sondage que nous avons mené, les Canadiens nous ont dit que les dossiers médicaux électroniques et les dossiers de santé électroniques sont très très importants pour améliorer les soins de santé — plus de 90 p. 100 d'entre eux se sont exprimés sur cette question. Oui, la population a des inquiétudes quant au respect de la vie privée, mais elle a d'autres inquiétudes plus importantes. La question de l'amélioration des soins de santé est, à mon avis, un engagement qui doit être pris avec les citoyens canadiens.

Une zone qui reste encore nébuleuse pour moi jusqu'à maintenant concerne les besoins et désirs réels du milieu de la recherche en termes de données et d'information à recueillir pour optimiser la recherche et la méga science. Nous avons vu un changement de dynamique de la méga science vers le client. Nous voyons maintenant que les clients veulent avoir leur mot à dire sur la façon dont leurs soins de santé sont gérés. Je crois qu'ils veulent prendre part aux hauts et aux bas de leur état de santé dus à une maladie chronique et qu'ils cherchent à mieux gérer leur propre santé.

Une autre étape importante dans le processus de prestation de renseignements aux citoyens et d'engagement de la part des citoyens est la notion des portails destinés aux patients et des solutions de santé des clients. Ces outils peuvent être mis en place pour aider les individus à gérer leurs propres soins de santé.

M. Hollett : Je n'ai pas une vision globale de la façon dont vous devez procéder, cependant je ferai quelques observations basées sur mon expérience.

Pour que des initiatives comme les comptes communautaires fonctionnent, vous devez avoir les appuis nécessaires. Ce qui veut dire fournir des données à une variété d'utilisateurs tout en gardant les citoyens comme principal objectif. Pour en revenir à ce que M. Berthelot a dit, vous devez avoir le leadership et la structure publique — ministres et députés — comme soutien. Je crois que les piliers de cette initiative doivent être soutenus par des fonds fédéraux, provinciaux et territoriaux. Bien que Statistique Canada possède une grande variété de données, les données les plus importantes viennent des provinces. Ce type d'approche sera d'une très grande utilité surtout pour les provinces parce que c'est là où les gens sont. Là où les gens sont, c'est là où les problèmes sont, et là où il y a des problèmes c'est là que les mesures doivent être mises en place pour parvenir à des solutions.

Je suis d'accord avec M. Wolfson pour ce qui est de donner aux gens le pouvoir de s'aider eux-mêmes. Pour y arriver, leur participation est nécessaire. M. Wolfson peut avoir une base de données de la taille de la tour du CN et utiliser la technologie la plus pointue, il faut tout de même que quelqu'un en ait besoin. Un groupe doit être mis sur pied, peut-être même dirigé par l'ICIS, et doit avoir le mandat de procéder de façon non traditionnelle. Autrement dit, il faut tenter de comprendre ce qui doit être fait et ensuite travailler avec les gens pour y arriver, sans être contraint par les méthodes du passé.

I noted this morning that we talk about population health, but the only data sets we really discussed relating to population health were health data. That is only one piece. Population health needs to address education, income, population dynamics, et cetera. If you are to bring it together with a health promotion approach, it requires the involvement of a variety of groups, including one to begin putting this together that has the agreement and support to approach the issue in this way. In my experience in working with bureaucracies and the provinces, it is very difficult to squeeze a little pathway through the massive momentum that exists. If you manage to create a path, the best that will happen is to come out intact before the momentum continues.

I think you are trying to do something new, although it is not rocket science. We have been doing some form of this for a number of years, and we are still alive. It is achievable and not too dangerous. However, you need to have a group empowered to have that mind set. It is absolutely critical to define the products. What a person in Come By Chance, Newfoundland needs to look at their situation from a health promotion perspective is not what someone in the health sciences needs who is considering whether a patient needs a brain operation. This is not to say that there is no relationship between the two, but a different set of needs is involved.

You need to think carefully about defining the products. The approach we took in the beginning was a little heavy-handed, I suppose, because we had to move quickly. In our experience, if you ask people what they want, they do not know what to tell you. However, if you put something out there for consideration, they are productive critics. As long as you do not mind criticism, you can turn that into something useful. We provided a proof of concept and asked them to tell us what was wrong with it. Everything we have done since has been based on critical feedback, both from within our own group and from people outside.

With an approach like this, there are a number of steps: get the support; take it forward with a group empowered to do the work; determine the right steps; and put a proof of concept out for consideration. Part of the engagement can be from communities — I am not defining them at the moment — to tell you what they think is needed. Provide a set of data to allow people to say, “I do not like that, but I see you are giving us something that may be useful in a narrow sense, or maybe it will be useful during the course of things.”

I have had people come to me, year after year, asking questions. We have been at this endeavour a long time now. If you do not have support from the top, forget it. For me to talk to someone who does not have the support of the premier or a powerful deputy minister, is simply me being nice. That is all. I could say they are wasting my time, but I will not.

J’ai remarqué ce matin que nous avons parlé de la santé de la population, cependant, les séries de données dont nous avons vraiment discuté ne portent que sur la santé. Il ne s’agit que d’un élément. La santé de la population doit traiter également d’éducation, de revenus, de dynamiques des populations, et cetera. Si vous voulez tout réunir à l’aide d’une approche qui promeut la santé, un éventail de groupes doit être impliqué, dont un qui aura le mandat de commencer à tout regrouper et qui aura l’assentiment et l’appui de tous pour agir de telle façon. D’après ma propre expérience de travail avec les bureaucraties et les provinces, il est très difficile de tenter d’imposer un simple sentier au milieu d’un grand momentum qui existe déjà. Si vous arrivez à créer un sentier, tout ce à quoi vous pouvez aspirer est qu’il reste intact pendant que le momentum perdure.

Je crois que vous tentez de créer quelque chose de nouveau, même si ce n’est pas bien sorcier. Nous faisons quelque chose de semblable depuis de nombreuses années, et nous sommes encore là. C’est un objectif atteignable et pas trop dangereux. Cependant, vous devez avoir un groupe qui détient le pouvoir de garder le cap. Il est absolument essentiel de définir les produits. Ce qu’une personne de Come By Chance (Terre-Neuve) doit connaître concernant son dossier de santé n’a rien à voir avec ce qu’une personne du domaine de la santé doit savoir quand elle étudie la possibilité de procéder à une opération du cerveau chez un patient. Je ne dis pas qu’il n’y a aucun lien entre ces deux personnes, mais leurs besoins ne sont pas du tout les mêmes.

Vous devez mûrement réfléchir à la définition des produits. L’approche que nous avons adoptée au départ était un peu lourde je crois, mais c’est parce que nous devons agir vite. D’après notre expérience, lorsqu’on demande aux gens ce qu’ils veulent, ils ne savent généralement pas quoi nous dire. Toutefois, si vous émettez une idée pour qu’ils y réfléchissent, ils formulent en général des critiques très productives. Du moment que la critique ne vous dérange pas, vous pouvez rendre tout ce processus très utile. Nous avons fourni une validation de principe et leur avons demandé de nous dire ce qui ne marchait pas. Tout ce que nous avons fait depuis a été fondé sur les critiques, soit de l’intérieur de notre propre groupe, soit de personnes de l’extérieur.

Une approche comme celle-ci se divise en plusieurs étapes : obtenir l’appui, faire avancer le tout à l’aide d’un groupe habilité à faire le travail, déterminer les étapes à suivre et aussi passer à la validation de principe. Une part de l’engagement peut venir des collectivités — et je ne dirai pas lesquelles en ce moment — qui peuvent exprimer ce dont elles croient avoir besoin. Fournir une série de données qui permettra aux gens de dire « je n’aime pas ça, mais je crois que si vous me donnez quelque chose qui pourrait être utile au sens strict, ou cela pourrait être utile plus tard. »

Année après année des gens se sont présentés à moi pour me poser des questions. Nous sommes dans ce domaine depuis longtemps. Si vous n’avez pas l’appui du sommet, laissez tomber. Pour ma part, parler à quelqu’un qui n’a pas l’appui du premier ministre ou d’un sous-ministre influent équivaut à simplement faire preuve de gentillesse. Rien de plus. Je pourrais dire qu’il me fait perdre mon temps, mais je ne le dirai pas.

You need to follow those steps and create an innovative footing so that people can do something different. Build on the work that Dr. Neudorf and I have done. Take it and see what is there that is worthwhile. I have a bias; I like what we have done and we find it works. We also believe we are doing the right thing. The direction in which we are going with the conceptual framework is the same as that percolating among international academics. It reflects the data from the perspective of practical application.

Start with what is there; put a group like CIHI in place to provide leadership and see how you can do something innovative to create something different that produces something quickly.

The Chair: Why did I get involved in this? I will tell you why. I was a heart surgeon. I built a multimillion-dollar heart institute in Ottawa. It is one of the best in the world. As my career unfolded, I had the wonderful experience of operating on people who would be dead within hours if they were not operated on. They are walking around the streets of Ottawa 30 years later, and they are very grateful.

However, I realized that this would not get the job done. We are not improving the health of our population in the way that we should be. Although I was a heavy user of taxpayers' dollars when I was running the Heart Institute, I also realized that we are not getting the bang for our buck that we should be getting.

Canada spent \$170 billion last year on the health care delivery system. Fifty per cent of the people who come into that health care delivery system have totally preventable disease. Let me give you an example. Melanoma is totally preventable. By the time it metastasizes, the patient will cost the health care system between \$100,000 and \$200,000 before they die within two or three years.

Somehow, we have to come together. I think it is the responsibility of people like me, who have been in the health care delivery system, to come together and bring about the change that will give us better health in Canada, better well-being and better productivity. They are all in sync. That is why I always include productivity with health and well-being.

Here we are, trying to decide. Mr. Hollett, you have the mouse trap, and this should go across the country. However, we will not sell it to everyone. For example, I am not sure that British Columbians want a Newfoundland idea. I hear someone saying that yes, they do. Good. You got me again.

The concept, in particular in respect of Native peoples, must be sold at the community level or we will never get the job done. It comes back to mustering the political clout. Who will be the big beneficiaries of this project if we accomplish it? It will be our

Vous devez suivre ces étapes et créer une base novatrice pour que les gens puissent faire les choses différemment. Appuyez-vous sur le travail que le Dr Neudorf et moi avons accompli. Regardez-le et voyez qu'est-ce qui peut être utile. J'ai un parti pris, j'aime ce que nous avons fait et je trouve que ça marche. Nous pensons également que nous faisons la bonne chose. La direction que nous avons choisie avec le cadre conceptuel est la même qui fait son chemin tranquillement dans le milieu universitaire international. Elle reflète les données du point de vue de leur application pratique.

Commencez par ce que vous avez déjà, choisissez un groupe tel que l'ICIS pour fournir le leadership et voyez si vous pouvez créer quelque chose de nouveau, quelque chose de différent qui donne des résultats rapidement.

Le président : Pourquoi est-ce que je participe à tout cela? Eh bien, je vais vous le dire. J'étais chirurgien cardiaque. J'ai créé un institut de cardiologie de plusieurs millions de dollars à Ottawa. C'est l'un des meilleurs au monde. Vers la fin de ma carrière, j'ai eu l'occasion extraordinaire d'opérer des gens qui, sans mon intervention, seraient morts au bout de quelques heures. Trente ans plus tard, ils se promènent dans les rues d'Ottawa et ils en sont très heureux.

Cependant, je me suis rendu compte que cela ne suffisait pas. Notre façon d'améliorer la santé de la population n'est pas la bonne. Bien que j'étais un des plus gros utilisateurs de deniers publics quand je dirigeais l'Institut de cardiologie, je me suis également rendu compte que nous n'obtenions pas le rendement maximal pour nos investissements.

Le Canada a dépensé 170 milliards de dollars l'année dernière pour le système de prestation de soins de santé. Cinquante pour cent des gens qui utilisent le système de prestation de soins de santé sont atteints de maladies qui peuvent être prévenues. Je vous donne un exemple : les mélanomes. Il est tout à fait possible de les prévenir. Pendant que les métastases se forment, le patient coûtera au système de soins de santé entre 100 000 \$ et 200 000 \$ puis il mourra deux ou trois ans plus tard.

D'une façon ou d'une autre, nous nous sommes réunis. Je crois qu'il est de la responsabilité de personnes comme moi, qui ont fait partie du système de prestation de soins de santé, de se réunir et d'amener le changement qui nous donnera une meilleure santé au Canada, un meilleur bien-être et une meilleure productivité. Ces facteurs sont tous interreliés. C'est pourquoi je mets toujours ensemble la productivité, la santé et le bien-être.

Nous voici donc, tentant de décider. Monsieur Hollett, vous avez la souricière, et ceci devrait être répandu d'un bout à l'autre du pays. Toutefois, nous n'arriverons pas à vendre cette idée à tous. Par exemple, je ne crois pas que les Britanno-Colombiens veulent une idée qui vient de Terre-Neuve. J'ai entendu quelqu'un dire que oui, ils sont intéressés? Bien. Vous m'avez eu encore.

Le concept, plus particulièrement en ce qui concerne les peuples autochtones, doit être vendu au niveau de la collectivité ou nous n'y arriverons jamais. Cela revient à rallier le pouvoir politique. Qui seront les grands gagnants de ce projet si nous y

health care delivery system. It will pull half their expenditures out from the front end if it is successful. On top of the health care delivery system, who are the real winners? Canadian taxpayers.

I do not apologize for running overtime today because we have to complete this discussion and put it in our report. We have been studying this subject for more than two years. We need the Prime Minister, a cabinet committee, all the premiers, provincial cabinet committees, committees at the municipal level that correspond with the cabinet committees and, most important, community committees that deal with the kind of data you can churn out. This will allow communities to take control of their own lives, their own well-being and productivity, and to improve it because they have pride in themselves. I have seen the colour of your dots change in Newfoundland because the communities were proud enough to change the colours, not because of the money pumped in by the premier. Maybe it had something to do with it but the main reason was community pride.

I do not know whether it was Dr. Taylor or Dr. Neudorf who made the point that if we are to create a data bank, we need to have people with the muscle and the manpower to get it up and running. We do not want to reinvent the wheel. I have felt for the last couple of years — and this is the first time I am making it public — that we need CIHI. I do not think Statistics Canada can do it, Mr. Wolfson, because your operations are too complex. You are into too much, I think.

We need to settle this point now. The big criticism about going with CIHI is that someone will say, “Here they go again. They have the health people deal with an issue where they only have a 25 per cent interest.” The problem with having Statistics Canada do it is that they have been into this kind of thing for so long and they have big problems with privacy and other issues that might tend to handcuff them, in a way.

It is not often that we have this much brain power around one table, so please tell us today where we have to go.

Mr. Goel: Certainly, I would agree with your recommendation. It is not simply whether it is health versus broader statistics because the other critical part is the federal-provincial-territorial partnership. Much of the information that needs to be brought together is at the local and provincial level. This has to be done with community involvement and there must be respect for the way in which information is brought together in the various jurisdictions and provinces.

It is also important to come back to the point that I made earlier, which we talked about on databases and information. In respect of the challenge that you pose on how to address population health issues, certainly we need the information and

arrivons? Ce sera notre système de prestation de soins de santé. Il réussira à annuler la moitié des dépenses dès le départ si tout réussit. En plus du système de prestation de soins de santé, qui seront les vrais gagnants? Les contribuables canadiens.

Je sais que je dépasse le temps prévu aujourd’hui et je ne m’en excuse pas car j’estime que nous devons terminer cette discussion si nous voulons l’inscrire dans notre rapport. Nous étudions ce sujet depuis plus de deux ans. Nous avons besoin du premier ministre, d’un comité du Cabinet, de tous les premiers ministres provinciaux, des comités du Cabinet provinciaux, ainsi que des comités au niveau municipal qui y correspondent et encore plus important, des comités communautaires qui traitent avec ce type de données que nous devons extraire. Ceci permettra aux collectivités de prendre le contrôle de leur propre vie, de leur bien-être et de leur productivité et même de les améliorer parce qu’enfin ils retrouveront la fierté. J’ai vu les couleurs changer à Terre-Neuve parce que les collectivités étaient assez fières pour les changer et non pas à cause de l’argent investi par le premier ministre provincial. Peut-être que cet argent a joué un rôle mais je crois que la raison principale est la fierté communautaire.

Je ne sais pas si c’est le Dr Taylor ou le Dr Neudorf qui a indiqué tout à l’heure que si nous voulons créer une banque de données, nous devons être entourés de gens qui ont les muscles et la main-d’œuvre nécessaires pour la mettre sur pied et pour l’administrer. Nous ne cherchons pas à réinventer la roue. J’ai toujours senti depuis les dernières années — et c’est la première fois que je le dis publiquement — que nous avons besoin de l’ICIS. Je ne crois pas que Statistique Canada puisse s’en charger, monsieur Wolfson, parce que vos activités sont trop complexes. Je crois que vous êtes déjà trop occupé.

Nous devons statuer sur ce point maintenant. Le principal inconvénient concernant la collaboration de l’ICIS et que quelqu’un va certainement dire : « Nous y voici encore. Les responsables de la santé traitent un problème dans lequel ils n’ont que 25 p. 100 d’intérêt. » Le problème qui se pose avec Statistique Canada est qu’ils font ce type de chose depuis déjà trop longtemps et qu’ils éprouvent d’énormes problèmes concernant la protection de la vie privée et d’autres problèmes qui peuvent avoir tendance à leur lier les mains.

Il n’est pas fréquent que nous ayons autant de puissance intellectuelle réunie autour d’une table, donc dites-nous ce que nous devons faire.

M. Goel : Très certainement, je suis d’accord avec votre recommandation. Il ne s’agit pas uniquement de la santé versus des statistiques plus générales parce qu’il existe un autre point critique c’est-à-dire le partenariat entre le fédéral, les provinces et les territoires. La majorité des renseignements qui doivent être colligés se situe aux niveaux local et provincial. La participation des collectivités est importante et tout doit être fait dans le respect des méthodes utilisées pour recueillir des renseignements dans les différentes juridictions et provinces.

Il est également important de revenir sur le point que j’ai soulevé plus tôt, qui parlait des bases de données et des renseignements. Pour ce qui est du défi posé à savoir comment s’occuper des problèmes de santé de la population, nous avons

the data but we also need to disseminate the knowledge and ensure that leadership is in place, starting at the most senior level — the Prime Minister or the Deputy Prime Minister — at every jurisdictional level to take on this issue. We had our experiment in Ontario with the Premier's Council on Health Strategy, which lasted for two governments and then disappeared. We can collect data forever and continue to show the disparities. The knowledge is in place to begin taking action.

The Chair: We keep saying that we do not need more data; we need action.

Dr. Neudorf: Certainly, I agree with your recommendation as well. To reiterate from a local level, when we came up with this idea in Saskatoon, we started calling it a comprehensive community health information system. It was quickly challenged by the rest of the sectors who said, "We know what you mean by 'community health' but it still has the word 'health' in it, and we want a comprehensive community information system." Therefore, we dropped the word, although it did not change the model. It was important for the identity of the system so that people could see that this was about not only health but also well-being and other terms that they used.

We learned quickly that the genesis of the idea is in our Saskatoon regional intersectoral committee, which is a local-level group with all of the human service sectors, community agencies and tribal council. They asked health to take the leadership role in convening and coordinating them and pulling the idea together because we had most of the investment in the infrastructure, analysis and the experience in bringing diverse health data together. They maintained ownership of their data and, more important, they gave us the idea of what data they would need to use from an education, social service and community agency perspective.

It is not an insurmountable obstacle to have a health-related group take the leadership role as long as the other groups know that they have not only a vested interest but also ownership of it and that it is being made in such a way that health as well as all the other ministries can see how they are able to work together toward the betterment of society.

Mr. Berthelot: We have to be careful. Your proposal seems to be giving a mandate to CIHI. In your statement, you talk about the database. We need to be careful about understanding that there is local need and there is need for local ownership. The CIHI role could be to help to facilitate the creation of a framework and a consensus across the country, which will be a challenging task. However, we cannot forget Statistics Canada, which is a key partner. We must work with Statistics Canada, regardless of who takes the lead. Statistics Canada is the national statistical agency and has a great deal of data that we need to harvest and utilize.

certainement besoin de renseignements et de données, mais nous avons également besoin de partager les connaissances et de vous assurer qu'un leadership existe, à partir du niveau le plus élevé — le premier ministre ou le vice-premier ministre — à chaque niveau juridictionnel qui doit s'attaquer à un problème. Nous avons eu ce type d'expérience en Ontario avec le Conseil du premier ministre sur la santé, qui a duré pendant deux gouvernements et a ensuite disparu. On peut recueillir des données pendant des siècles et toujours avoir des difficultés. Les connaissances sont en place et nous devons agir.

Le président : Nous continuons à dire que nous n'avons pas besoin de plus de données, mais de plus d'action.

Dr Neudorf : Bien sûr, je suis d'accord avec votre recommandation également. Pour revenir sur l'aspect local, lorsque nous avons eu cette idée à Saskatoon, au début nous avons parlé de système complet de renseignements sur la santé communautaire. Très vite nous avons été critiqués par le reste des secteurs qui ont dit « Nous savons ce que vous voulez dire par «santé communautaire» mais il existe toujours le mot «santé», et ce que nous souhaitons c'est un système complet de renseignements communautaires. » Par conséquent, nous avons laissé tomber ce terme, bien que nous n'ayons pas changé le modèle. Il était important pour l'identification du système que les personnes puissent voir qu'il ne traite pas uniquement de santé, mais également de bien-être et d'autres termes utilisés.

Nous avons rapidement appris que l'idée vient de notre comité intersectoriel régional de Saskatoon qui regroupe, à l'échelle locale, tous les secteurs des services sociaux, les organismes communautaires et le conseil tribal. Ils ont demandé à Santé de jouer le rôle de chef de file en les convoquant et en les coordonnant et en donnant naissance à cette idée, parce que Santé avait la majeure partie de l'investissement dans l'infrastructure, l'analyse et l'expérience pour rassembler diverses données sur la santé. Ils ont conservé la propriété des données et, surtout, ils nous ont indiqué les données qu'ils auraient besoin d'utiliser du point de vue de l'éducation, des services sociaux et des organismes communautaires.

Il n'est pas impossible qu'un groupe lié à la santé joue le rôle de chef de file si les autres groupes savent qu'ils n'ont pas seulement un intérêt direct, mais aussi une appartenance à ce groupe, qui est créé de manière à ce que Santé et tous les autres ministères puissent voir comment ils peuvent travailler ensemble pour le mieux-être de la société.

M. Berthelot : Il faut faire attention. Dans votre proposition, vous semblez donner un mandat à l'ICIS. Vous parlez de la base de données dans votre déclaration. On doit faire attention et comprendre qu'il y a un besoin local et que la propriété locale est un besoin. Le rôle de l'ICIS pourrait être d'aider à faciliter la création d'un cadre et d'un consensus au pays, ce qui sera une tâche difficile. Toutefois, on ne peut pas oublier Statistique Canada, qui est un partenaire clé. On doit collaborer avec Statistique Canada, peu importe qui prend la barre. Statistique Canada est l'organisme statistique national du Canada et il possède une grande quantité de données qu'on doit exploiter et utiliser.

With much more data coming in, we could do much more and not wait for two years. Many things could be done with what we have. Statistics Canada has to be part of the picture because they have so much information on so many sectors, including the census. However, in terms of the comments made about the federal-provincial relationship, CIHI is an example of where things are a bit outside an official relationship. We work more with partners. We have bilateral agreements with all the provinces. If this becomes held beyond that, we also need to have that discussion to make sure we get the buy-in. If we do not get the buy-in from education and social services departments to work with the stakeholders and identify what the needs would be for education and social services, we will be setting ourselves up for failure.

It is a possibility. It is something we are good at, but we need to be careful about what we are asking CIHI to do. We cannot do everything.

The Chair: If you are whipped hard enough, you can.

Mr. Wolfson, how many times in life have you told me I am wrong? If I am wrong here, tell me again.

Mr. Wolfson: I am not going to say anything about whether you are right or wrong. Instead, I want to suggest that it is important to make a distinction among three kinds of things that are on the table now. The first is where various kinds of data are held, and how accessible they are. Second is the leadership with respect to the way in which data ought to be collected — the vision, the architecture — and working with all the key constituents who must cooperate and come to share a vision for anything to happen. Third is the realm of commenting on policy. Both CIHI and Statistics Canada share the characteristic that we do not do that. There have been a number of discussions at the CIHI board over the years and that has been continually reinforced.

We are not talking about policy here, that should be clear, and I think policy is an important question. There needs to be also a pan-Canadian and pan-sectoral locus that gets into the policy question, not directly saying your policy is great and the other policy is no good, but in terms of saying how do we judge — let me leave that aside.

I think CIHI definitely has a better structure with its board in terms of handling the federal-provincial area in health. The data repository business is different. Statistics Canada has several unique, comparative advantages. We do have legislation. We do have an excellent history and capacity in record linkage, which is fundamental to much of what we are talking about.

We have talked mostly about administrative data sets here, whether it is the current health care records, the emerging electronic health record or social assistance data that are not being put together at a national level generally but are in some provinces. However, let us not forget that most of the population

Si on avait beaucoup plus de données, on pourrait faire beaucoup plus et on n'aurait pas besoin d'attendre deux ans. De nombreuses choses pourraient être faites avec ce qu'on a. Statistique Canada doit faire partie du groupe, parce qu'il a beaucoup d'informations sur de nombreux secteurs, notamment le recensement. Cependant, en ce qui concerne les commentaires formulés sur la relation fédérale-provinciale, l'ICIS est un exemple de cadre dans lequel on s'écarte un peu des relations officielles conventionnelles. On travaille davantage avec des partenaires. On a des accords bilatéraux avec toutes les provinces. Si on en venait à dépasser cela, on devrait également tenir cette discussion pour s'assurer d'obtenir l'accord des parties. Si on n'obtient pas l'accord des ministères de l'Éducation et des Services sociaux pour collaborer avec les intervenants et déterminer les besoins en matière d'éducation et de services sociaux, on est voué à l'échec.

C'est une possibilité. On est bon dans ce domaine, mais on doit faire attention à ce qu'on demande de faire à l'ICIS. On ne peut pas tout faire.

Le président : Si on vous pousse dans le dos, vous pouvez.

Monsieur Wolfson, combien de fois m'avez-vous dit que j'avais tort? Si j'ai tort, dites-le-moi.

M. Wolfson : Je ne vais pas vous dire si vous avez raison ou tort. Je veux plutôt dire qu'il est important de faire la distinction entre les trois choses qui sont sur la table. La première est l'endroit où se trouvent les données et leur accessibilité. La deuxième est le leadership quant à la manière de recueillir ces données — la vision, l'architecture — et à la collaboration avec tous les éléments clés qui doivent coopérer et partager une vision pour que quelque chose se passe. La troisième est la formulation de commentaires sur les politiques. L'ICIS et Statistique Canada ont la particularité de s'en abstenir. Au fil des ans, le conseil de l'ICIS a tenu nombre de discussions et cette attitude s'est constamment renforcée.

On ne parle pas des politiques ici, ce doit être clair, et je crois que les politiques sont une question importante. Il faut également un centre pancanadien et pansectoriel qui s'occupe de la question des politiques, non pas dans le but de qualifier la politique de bonne ou de mauvaise, mais plutôt de définir nos critères d'évaluation — et je n'en dirai pas plus long.

Je crois que l'ICIS est nettement mieux structuré, avec son conseil, pour gérer la dimension fédérale-provinciale de la santé. L'entreposage des données est différent. Statistique Canada a plusieurs avantages particuliers. Nous nous appuyons sur une loi. On a toujours très bien réussi, et on peut encore le faire, à coupler des dossiers, ce qui est essentiel pour la plupart des sujets dont on parle.

On a surtout parlé des ensembles de données administratives, que ce soit les dossiers médicaux courants, les dossiers de santé électroniques ou les données sur l'aide sociale qui ne sont pas regroupés à l'échelle nationale mais qui le sont dans certaines provinces. Toutefois, n'oublions pas qu'une grande partie des

health data that really is population health is coming from things like the Canadian Community Health Survey, and shortly, from the Canadian Health Measures Survey.

In the area of education, to take another example, we do struggle with the provinces to get basic data on enrolment in community colleges and universities, or to get test scores. Lord knows when we will ever get those from the secondary school system.

On the other hand, if you look at where are some of the most important advances in our understanding of the dynamics of young people — who goes to university and why — it is coming from the Youth in Transition Survey combined with the Programme for International Student Assessment, or PISA.

Understanding cannot drill down to a local level because the sample size is not big enough, but having that understanding is fundamentally dependent on Statistics Canada's survey capability, which is unparalleled in the country.

Last but not least, on the data holding part, I got a chuckle the one time I mentioned that some people think we are data huggers. We are concerned, as an organization, about really doing something and making a breakthrough on making available not just the tables or the things you can see on the Internet but the microdata available to bona fide researchers.

There are two ideas I will mention. First, we are actively pursuing real-time remote access. Our hope is that the software can be made smart enough now that we can actually do that — log on from anywhere in the Internet. If you have the right token and you are a good person — that is part of it — we will have software that will filter the incoming requests, run them and filter the outgoing stuff and try to ensure it is all non-confidential.

The second thing, which I would not recommend thinking too hard about today, is that at some point it might be useful to reflect on the idea of opening up the Statistics Act and saying: should we create another category? Right now, you are either inside Statistics Canada or you are outside. The idea around this is should there be something like a designated researcher or a dedicated analyst? The reason we would want to think about that is to ensure that we would have some sort of criminal sanctions that would be enforceable if there is a breach of confidentiality. We are talking about extremely sensitive data here. We need to be able to draw a clear distinction between those folks who really do have a need to know and the bona fides that have been properly established, and everyone else. We could enter into a contract with a designated researcher/analyst, which would address the data access problem.

CIHI and the board could grow into a broader role. That is a comparative advantage on their part. Neither of us should be getting into policy, but it is really the policy issues that ought to be driving the kinds of data and information systems that we are

données sur la santé de la population, qui concernent vraiment la santé de la population, sont tirées d'enquêtes comme l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et, bientôt, de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé.

Dans le domaine de l'éducation, pour prendre un autre exemple, on se bat avec les provinces pour obtenir les données de base sur l'inscription dans les collèges communautaires et les universités ou pour obtenir les résultats des examens. Dieu sait quand on obtiendra ces données du réseau des écoles secondaires.

D'un autre côté, si on jette un œil aux progrès les plus importants qu'on a réalisés dans notre compréhension de la dynamique des jeunes — quels sont ceux qui vont à l'université et pourquoi —, cela vient de l'Enquête auprès des jeunes en transition ainsi que du Programme international pour le suivi des acquis des élèves, ou PISA.

La compréhension ne peut pas aller jusqu'au niveau local, parce que l'échantillon n'est pas suffisamment important, mais cette compréhension dépend essentiellement de la capacité d'enquête de Statistique Canada, qui est inégalée au pays.

Enfin, en ce qui concerne le dépôt des données, j'ai fait sourire mes interlocuteurs la fois où j'ai dit que certaines personnes croient que nous sommes des fanatiques des données. Comme organisation, on a le souci de vraiment parvenir à rendre disponibles non seulement les tableaux ou les données sur le Web, mais aussi les micro-données à l'intention des chercheurs sérieux.

Je vous ferai part de deux idées. D'abord, on s'intéresse activement à l'accès à distance en temps réel. On espère que les logiciels d'aujourd'hui puissent le permettre — ouvrir une session à partir de n'importe où sur le Web. Si vous avez la bonne occurrence et que vous êtes une bonne personne — entre autres choses —, des logiciels filtreront les demandes reçues, les exécuteront et filtreront les données sortantes en veillant à ce qu'aucune d'elles ne soit confidentielle.

La deuxième chose, à laquelle on ne s'attardera pas trop aujourd'hui, c'est qu'à un certain point il pourrait être utile de réfléchir à l'idée de rouvrir la Loi sur la statistique pour se poser la question : devrait-on créer une autre catégorie? À l'heure actuelle, soit on fait partie de Statistique Canada, soit on n'en fait pas partie. La question est : devrait-il y avoir un chercheur ou un analyste désigné? Il faut y réfléchir afin de mettre en application des sanctions pénales en cas de manquement à l'obligation de confidentialité. On parle ici de données de nature extrêmement délicate. On doit être en mesure de distinguer clairement les personnes qui ont vraiment besoin de savoir et dont la bonne foi a été établie, et toutes les autres. On pourrait conclure un contrat avec un chercheur ou un analyste désigné qui résoudre les problèmes d'accès aux données.

L'ICIS et le conseil pourraient assumer un plus grand rôle. C'est un de leurs avantages particuliers. Aucun de nous ne devrait aborder les politiques, mais ce sont vraiment les questions stratégiques qui doivent guider l'élaboration des systèmes de

developing. Statistics Canada already has this tremendous comparative advantage in record linkage, the ability to assemble the microdata and the surveys.

I will add one more thing. Just so we are clear: CIHI and Statistics Canada are, to some extent, both asking the provinces for administrative microdata. What we are asking for lately, which has proven to be challenging, is hugely more sensitive than what CIHI has been asking for. We have been asking not only for the anonymous, no ID on them, health care records, we are asking for everyone's name and address — the patient registry.

Why are we doing that? Without it, we cannot link the 500,000-plus CCHS records — and coming up, the health measures record. We should not be surprised if that is taking longer and raising more questions. It is the inner sanctum, or the Crown jewels — the most sensitive part of the provincial health care record systems.

The Chair: You two people have to solve this aspect.

Mr. Berthelot: We need to ensure that there is no duplication of effort between CIHI and Statistics Canada. The Statistics Act is one way by which the data can be housed, securely used and protected. CIHI has been working for 15 years, and we have very sensitive data and other mechanisms, such as public health agencies and urban public health networks. There are other mechanisms and all of them have pros and cons. The Statistics Act is strong in terms of protecting the information and the privacy, but there are some issues about getting access to data.

As Mr. Wolfson has said, there are some activities that must be done by Statistics Canada. For some activities, maybe it is CIHI. For others, maybe it is the provincial minister of education. We need to come to the table with an open mind about the responsibilities and finding the model. We need to come up with new ways of doing things, and we need to come to the table with that in mind.

We should not duplicate any activities between CIHI and Statistics Canada. The Chief Statistician is a member of our board, and we work hard to ensure that there is no duplication in terms of collection of data.

In terms of views, there are more analytical and policy questions that need to be answered than there are analysts in the country. Having many people working on specific topics is fine, but in collecting information we should make sure that there is no duplication of effort. We should make sure that what Canada Health Infoway is putting on the field with the EMR and EHR, if it does substitute for some of the data we collect now, is acknowledged when it is at the proper stage. That is our responsibility, as pan-Canadian and national organizations, to make sure that there is no duplication. We must work together here. It will only work if we work together.

données et d'information. Statistique Canada a déjà cet énorme avantage dans le couplage de données, la capacité de recueillir les micro-données et les sondages.

J'ajouterais une dernière chose pour que ce soit clair. Dans une certaine mesure, l'ICIS et Statistique Canada demandent tous deux aux provinces de leur fournir leurs micro-données administratives. Les données que nous avons demandées dernièrement, ce qui s'est avéré difficile, sont de nature beaucoup plus délicate que celles que l'ICIS a demandées. Nous ne demandons pas seulement des dossiers médicaux anonymes, nous demandons aussi le nom et l'adresse qui vont avec chacun — le registre des patients.

Pourquoi fait-on cela? Sans cela, nous ne pouvons pas coupler les 500 000 dossiers et plus de l'ESCC — et bientôt, les dossiers sur les mesures de la santé. Nous ne devrions pas être surpris si le processus est plus long et suscite d'autres questions. C'est le saint des saints, les joyaux de la couronne — la partie la plus délicate des systèmes de dossiers médicaux provinciaux.

Le président : Vous devez régler cet aspect tous les deux.

M. Berthelot : Nous devons veiller à ce qu'il n'y ait aucun dédoublement d'effort entre l'ICIS et Statistique Canada. Grâce à la Loi sur la statistique, les données peuvent être entreposées, utilisées de façon sûre et protégées. L'ICIS est à l'œuvre depuis 15 ans, et il possède des données de nature très délicate et d'autres mécanismes, notamment les services de santé publique et les réseaux pour la santé urbaine. Il existe d'autres mécanismes, et ils comportent tous des avantages et des inconvénients. La Loi sur la statistique protège efficacement l'information et la vie privée, mais l'accès aux données cause certains problèmes.

Comme M. Wolfson l'a dit, il y a certaines activités qui doivent relever de Statistique Canada. D'autres, de l'ICIS. Pour d'autres encore, la responsabilité reviendra peut-être au ministre provincial de l'Éducation. Il faut arriver à la table l'esprit ouvert au sujet des responsabilités et du modèle à adopter. Il faut trouver de nouvelles façons de faire et s'asseoir en ayant cela à l'esprit.

L'ICIS et Statistique Canada ne devraient pas mener les mêmes activités. Le statisticien en chef est membre de notre conseil, et nous nous efforçons de faire en sorte que la collecte des données ne soit pas effectuée en double.

En ce qui concerne les points de vue, il y a plus de questions analytiques et stratégiques auxquelles il faut répondre qu'il y a d'analystes au pays. Il est bien qu'un grand nombre de personnes travaillent sur des sujets précis, mais on doit s'assurer qu'il n'y a pas de dédoublement d'efforts dans la collecte d'information. On doit s'assurer que l'information qu'Inforoute Santé du Canada fait circuler sous forme de dossiers médicaux électroniques et de dossiers de santé électroniques, si elle remplace certaines des données que l'on recueille maintenant, est reconnue au moment approprié. On a la responsabilité, à titre d'organisations pancanadiennes et nationales, de s'assurer qu'il n'y a aucun dédoublement. On doit collaborer. On n'obtiendra des résultats qu'en travaillant ensemble.

Mr. Frojmovic: A great deal seems to be potentially at stake here. Maybe it is a case of definitions. What do we mean by saying that Community Accounts or another model is good for all of Canada? In terms of leadership, what do we mean by leadership?

Statistics Canada, from the point of view of people like me who work with data, is a vital part of our national landscape. There is an opportunity here to invest in that, and Statistics Canada's organization seems to be at a crossroads.

On a practical level, we are trying to get vital statistics for 2004 on municipalities, and we are being told there is nothing available beyond 2003. We find that absolutely deplorable. If you are telling us CIHI can do it better, I suppose we can live with that. However, what we probably believe is that there needs to be a greater level of investment and support for Statistics Canada to allow something as simple as vital statistics to be up to date within the last six months. Having to wait, as we have in our case, for stuff that is now six years old seems totally unacceptable.

With respect to leadership, from the dialogue that was happening between both CIHI and Statistics Canada here around the table, it sounds as though there is a sorting out of who takes the lead in what. However, saying that Statistics Canada is too complex or there are too many limitations with it, the answer seems to be to address those limitations and strengthen their capacity, rather than saying we should let someone else try it. There is an opportunity here to further invest in Canada's statistical agency. That seems to be, at the end of the day, an opportunity not to lose. CIHI may have a leadership role, but let us define what we mean by "leadership" and in what context.

On the question of model, as a user of Community Accounts, there are different things going on. There is the model of the conceptual framework, the model of the ability to bring together all the disparate sources of data into one place, and the model of the software and the web-based interface that is used. Each of those potentially has applications elsewhere, but, again, as to which is best applied everywhere, we need to be more careful.

So far as the ability to collect data is concerned, that is particular to certain provinces. They have done it well in Newfoundland, but that is not simple to replicate. The interface will vary from place to place. The framework itself may or may not be the thing that other Canadians would want. We must be clear on what aspect of the model is being replicated and what we mean exactly by leadership because much is at stake. We definitely want to make the right decision.

Mr. Smith: I would agree that we need some sort of leadership from the top — the federal government, CIHI and Statistics Canada — but I would disagree to some extent with how we are focusing this and the direction in which it might go. Much of this data is collected within provinces. Knowledge around understanding that data, the implication of the programs and

M. Frojmovic : Il semble que beaucoup pourrait être en jeu ici. Il s'agit peut-être d'un problème de définitions. Qu'est-ce qu'on veut dire lorsqu'on dit que le modèle des comptes communautaires ou qu'un autre modèle est bon pour tout le Canada? Qu'entend-on par leadership?

Statistique Canada, du point de vue des personnes comme moi qui travaillent avec des données, est un élément capital du paysage national. Il est possible d'investir dans ce secteur, et l'organisation de Statistique Canada semble être à la croisée des chemins.

Concrètement, nous tentons d'obtenir les statistiques de l'état civil de 2004 concernant les municipalités, et on nous a dit qu'aucune donnée postérieure à 2003 n'est disponible. C'est tout à fait déplorable. Si on nous dit que l'ICIS peut faire mieux, je suppose que nous pouvons nous en arranger. Toutefois, nous croyons qu'il faut beaucoup plus d'investissements et de soutien à Statistique Canada pour qu'il puisse faire quelque chose d'aussi simple que de mettre à jour les statistiques de l'état civil des six derniers mois. Devoir attendre, comme nous l'avons fait, des données qui datent maintenant de six ans semble totalement inacceptable.

Quant au leadership, d'après la discussion tenue ici entre l'ICIS et Statistique Canada, il semble qu'il faut clarifier qui prend la direction de quoi. Cependant, déclarer que Statistique Canada est trop complexe ou qu'il y a trop de restrictions ne sert à rien; la réponse semble être d'examiner ces restrictions et de renforcer leur capacité, plutôt que de dire qu'il faudrait laisser quelqu'un d'autre essayer. Nous avons une occasion d'investir davantage dans l'organisme statistique du Canada. Tout bien considéré, voilà une occasion à ne pas manquer. Oui, l'ICIS peut assumer un rôle de chef de file, mais il faut d'abord définir cette notion et déterminer le contexte dans lequel on l'emploie.

Concernant la question du modèle, en tant qu'utilisateur des comptes communautaires, il se passe différentes choses. Il y a le modèle du cadre conceptuel, le modèle de la capacité de rassembler toutes les sources de données disparates en un même endroit, et le modèle du logiciel et de l'interface Web utilisée. Chacun d'eux peut avoir des applications ailleurs mais, une fois encore, il faut faire plus attention à ce qui est appliqué partout.

En ce qui concerne la capacité de recueillir des données, c'est particulier à certaines provinces. Terre-Neuve a bien réussi, mais ce n'est pas simple à reproduire. L'interface variera d'un endroit à l'autre. Le cadre lui-même peut être ou ne pas être celui que d'autres Canadiens voudraient. Nous devons préciser l'aspect du modèle à reproduire et définir exactement ce qu'on entend par leadership, parce qu'il y a beaucoup en jeu. Nous sommes résolus à prendre la bonne décision.

M. Smith : Je suis d'accord sur le fait qu'il faut une forme quelconque de leadership exercé d'en haut — par le gouvernement fédéral, l'ICIS et Statistique Canada — mais je suis un peu en désaccord avec notre façon d'examiner la question et la direction qu'elle pourrait prendre. Une grande partie de ces données sont collectées dans les provinces. Les connaissances sur la

how things have evolved in understanding the data is there and on the ground. Transferring all of that local knowledge and expertise to a central agency will probably be very impractical.

Second, I believe that the local players want to be involved in the process. We run into this with the Aboriginal communities as well when we talk to them about delivering information to those communities. They do not just want us to do the analysis and dump a report on the doorstep. They want to be part of the process, and the provinces also want to be part of the process. We need to include them in some capacity. They have local expertise and universities with whom they have relationships, and they want that leveraged in some capacity.

The federal government and national organizations such as Statistics Canada and CIHI can provide leadership on how you people out there in the provinces will do this. They can provide information on capability, technique and organization and can facilitate coordination between groups. It is very similar to the kind of model that Health Canada adopted under Dr. Taylor's leadership. When Health Canada wanted to develop a national diabetes survey, they did not try to collect all the provinces' data. Rather, they spread the word on how to do it and, through that process, collaborated and got that information. That is very healthy for this country because it develops capacity in all ten provinces and two territories, and it involves people at the local level. That is the kind of leadership we need from the top.

Mr. Hollett: It is critical that the provinces be involved. Part of the problem I have seen over the years, as our province's Chief Statistician, is the fact that too much is happening in Ottawa. We are inadequately resourced locally, and the way things have gone, especially in recent years when HRDC had the problem and everything tightened up many fold, it caused huge difficulties in terms of the opposite of what we want here, and that is more data sharing. We got less data sharing and, of course, Statistics Canada was cut off in the cost recovery process, which did not help at all. Big federal departments or the Bank of Commerce could afford the data but, for me, we spent a lot of money with Statistics Canada; however, it was half money, half blood.

The provinces have to be involved because it is time for them to become accountable on this issue and be participants. Ottawa is not directly responsible for the well-being of every person in every community. This is partly about making people more responsible for themselves and empowering them to help themselves. They cannot do a brain operation but they might learn some things from the information, with a little help, to avoid such circumstances.

I would like to see, over time, the provincial and territorial statistics agencies being partners in this project, and those who are able and have a role to play could start being what they were

compréhension de ces données, l'incidence des programmes et l'évolution de la compréhension des données sont là et sur le terrain. Transférer toute cette expertise et ces connaissances locales à un organisme central ne sera probablement pas très pratique.

Deuxièmement, je crois que les acteurs locaux veulent participer au processus. Nous nous sommes rendu compte de ce fait dans le cas des collectivités autochtones également, quand nous leur parlons de leur fournir des renseignements. Elles ne veulent pas seulement qu'on fasse l'analyse et qu'on leur envoie un rapport. Elles veulent prendre part au processus, et les provinces aussi veulent participer au processus. On doit les intégrer d'une manière ou d'une autre. Elles possèdent l'expertise locale, elles ont des relations avec les universités, et elles veulent qu'on en tire parti d'une façon ou d'une autre.

Le gouvernement fédéral et les organismes nationaux comme Statistique Canada et l'ICIS peuvent faire preuve de leadership quant à la façon de faire des provinces. Ils peuvent fournir de l'information sur la capacité, la technique et l'organisation et peuvent faciliter la coordination entre les groupes. C'est très semblable au modèle que Santé Canada a adopté sous la direction du Dr Taylor. Quand Santé Canada a voulu lancer une enquête nationale sur le diabète, il n'a pas essayé de collecter les données de toutes les provinces. Il a plutôt exposé une façon de faire et, par ce processus, a collaboré pour obtenir cette information. Ce processus est très sain pour le pays, parce qu'il permet de développer une capacité dans les dix provinces et les deux territoires, et il fait participer les gens à l'échelle locale. C'est le type de leadership exercé d'en haut dont on a besoin.

M. Hollett : Il faut la participation des provinces. À titre de statisticien en chef de ma province, j'ai constaté au fil des ans qu'une partie du problème vient du fait que beaucoup trop de choses se passent à Ottawa. Nous n'avons pas les ressources adéquates à l'échelle locale, et de la façon dont les choses ont tourné, en particulier ces dernières années lorsque DRHC a eu le problème et que tout s'est vraiment resserré, cela a causé d'énormes difficultés et c'est tout le contraire de ce que nous voulons ici, c'est-à-dire accroître la mise en commun des données. Au contraire, ceci a diminué et, évidemment, Statistique Canada a été isolé dans le processus de recouvrement des coûts, ce qui n'a pas aidé du tout. Les gros ministères fédéraux ou la Banque de Commerce auraient les moyens d'obtenir les données mais, à mon avis, beaucoup d'argent est allé à Statistique Canada; cependant, c'était moitié argent, moitié labeur.

Les provinces doivent avoir un rôle à jouer, parce qu'il est temps qu'elles deviennent responsables en ce qui concerne cette question et qu'elles apportent leur contribution. Ottawa n'est pas directement responsable du bien-être de chaque personne dans chaque collectivité. Il s'agit en partie de responsabiliser davantage les gens à l'égard d'eux-mêmes et de leur donner les outils pour les aider à y arriver. Ils ne peuvent pas faire une opération au cerveau, mais, grâce à l'information et avec un petit coup de main, ils peuvent apprendre à éviter d'en arriver à une telle situation.

J'aimerais qu'avec le temps, les organismes statistiques provinciaux et territoriaux soient partenaires dans ce projet, et que ceux qui ont la capacité et qui ont un rôle à jouer puissent

intended to be in the first place. The basic governments are there, so you would have CIHI, Statistics Canada and each province and territory being an actual partner. If you go that way, and this is also integral to the approach that this committee and the federal government would take in the implementation, you want to get premiers involved so that they understand that something new is being done and that they need to be involved. Without that support, it is difficult for provincial and territorial governments to do a proper job, and if they are not doing a proper job, you are right back to where you started. You could have some data, but nobody is using it.

As for talking about what we do not have, we must start with what we do have. If we waited until we had everything or some unique or esoteric data set from linked data files, we could be waiting for five years when, instead, you could have something out there in probably a year or 18 months. If you take the Community Accounts — I am not saying this from a sales perspective — and you want to get something out there quickly, Community Accounts is ready to roll. We have been migrating in information for each province. For those of you who have not looked, you will find it is incrementally becoming a lot of information for other provinces. It is a matter of moving ahead with that.

A great weakness that could be embodied in this exercise is getting hung up on what is not there, which is a sacrifice to getting information that is there. In terms of the Community Accounts framework, it is a matter of emphasis. What is in Community Accounts right now will not do the job for First Nations without modifications. It is the same as if you have data for Vancouver in that you would want to modify it based upon what is important to Vancouver. You will not build up the fisheries sector for Toronto in the same way.

It is true that that sort of thing needs to be looked at, but a huge amount of potential is there for just moving ahead and getting something out there.

Senator Cook: I want to thank you, Ms. Dodds, for raising the issue on mental health. My first challenge when I came here was Senator Kirby, and the latest one is sitting at the front of the table. They have challenged me to do things that I never dreamt of doing, but when I look at the outcome of *Out of the Shadows at Last*, we made a difference in the lives of Canadians, and it was wonderful.

As for Dr. Keon, it took me a while to figure out what the man was about and what his aims and objectives were. With patience from him — and nights of not sleeping for me — I think I have forged an idea of where we want to go in this country. I do not care if you call it CIHI, or whatever; I do not care if you are called the leader or the coordinator — I do not care what you are called. I asked a question. We put out a model for mental health, we created a commissioner and we created a round table, a commission, from the people whom we needed at that table to drive the idea so that it would become reality. Can we not look at

commencer à assumer le rôle qu'on leur avait donné au départ. Les principaux gouvernements sont là, donc l'ICIS, Statistique Canada et chaque province et territoire seraient de véritables partenaires. De cette façon, et ça fait également partie intégrante de l'approche que ce comité et le gouvernement fédéral adopteraient dans la mise en oeuvre, on veut que les premiers ministres participent afin qu'ils comprennent que quelque chose de nouveau est fait et que leur participation est nécessaire. Sans ce soutien, il est difficile pour les gouvernements provinciaux et territoriaux de faire du bon travail, et s'ils ne font pas du bon travail, on revient à la case départ. On pourrait avoir des données, mais personne ne les utiliserait.

Au lieu de parler de ce que nous n'avons pas, nous devons commencer par ce que nous avons. Si nous avions attendu de tout avoir ou d'avoir des données uniques ou ésotériques tirées de fichiers de données en chaîne, nous aurions pu attendre cinq ans alors que nous pourrions probablement les avoir dans 1 an ou 18 mois. Prenons par exemple les comptes communautaires — je ne tente pas de vendre le modèle — vous désirez obtenir des données rapidement, ce modèle est prêt à utiliser. Nous avons versé de l'information pour chaque province. Pour ceux d'entre vous qui n'ont pas vérifié, vous constaterez que la quantité d'information devient de plus en plus importante pour d'autres provinces. Il s'agit d'aller de l'avant.

Cet exercice pourrait comporter une grande faiblesse : celle de s'acharner à trouver ce qui n'est pas là, au détriment de l'obtention de l'information qui y est. En ce qui concerne le cadre des comptes communautaires, c'est une question d'accent. Ce qui figure dans les comptes communautaires actuellement ne fera pas l'affaire pour les Premières nations sans modifications. C'est comme si on avait les données de Vancouver et qu'on voulait les modifier en fonction de ce qui est important pour Vancouver. On ne renforcera pas le secteur des pêches pour Toronto de la même manière.

Il est vrai que ce genre de chose doit être examiné, mais un énorme potentiel est là d'aller de l'avant et de parvenir à des résultats.

Le sénateur Cook : Je tiens à vous remercier, madame Dodds, d'avoir soulevé la question de la santé mentale. Mon premier défi lorsque je suis arrivée ici a été lancé par le sénateur Kirby, et le dernier, par la personne assise devant la table. Ils m'ont mise au défi de faire des choses dont je n'ai jamais rêvé de faire, mais quand je regarde les résultats de *De l'ombre à la lumière*, je constate que nous avons fait une différence dans la vie des Canadiens, et c'est merveilleux.

Quant au Dr Keon, ça m'a pris un moment pour comprendre où cet homme voulait en venir, ses objectifs et ses buts. Grâce à sa patience — et les nuits où il n'a pas dormi à cause de moi — je pense que je me suis fait une idée de la direction que nous allions prendre pour ce pays. Peu importe que vous l'appeliez l'ICIS, ou autre; peu importe qu'on vous appelle leader ou coordonnateur — le nom est sans importance. J'ai posé une question. Nous avons mis en place un modèle pour la santé mentale, un commissaire, et nous avons créé une table ronde, une commission, avec les gens dont nous avons besoin à cette table pour faire de cette idée une réalité.

the same kind of thing here and get on with it? There is so much wisdom here; surely, we can find a table small enough — not big enough, because too many of us will talk too much — and get on with it? I do not care who pulls it together, as long as all the elements that we need are there and that you are flexible in your thinking and that you go for the greater good.

Thank you, Mr. Chair; that is my rant.

Mr. Wolfson: I do not want to end on too mundane a note but, first on the vital statistics, we had about \$100,000 a year to do the geocoding on that for a while but the money went away. We have been generously funded for the health surveys. Regarding vital statistics, the budget is the same as it was 20 years ago. The other thing on vital statistics and timeliness, the last time I looked, the agreement we had with Quebec was signed by Maurice Duplessis in 1948. We are using microfilms. We have been trying to move to real-time electronic stuff but it has been held up with other stuff with Passport Canada, and so on. We have the technology and we are ready to roll, as are some of the provinces. However, money is involved if we want to go there.

Finally, on a less mundane note, on the Community Accounts, I want us to bear in mind that it is a framework. When you say, “Mr. Hollett, let us get rolling to do average income,” the data is half on the shelf if we want to do smoking. You cannot do it at the small area level. If you want to do the number of heart attacks, you can do that. If you want to do the per cent of survival, you can only do that if you link the heart attack event to the vital record, and we cannot get it on a timely basis to do that. If we want to go even further and say, “I want to know how my community is doing in terms of revascularization, heart attacks and survival,” we will not get there without the EHR. What you can put into that Community Account framework will depend on the information system. It is part of the story.

The Chair: Thank you so much, everyone. God bless you all. Everyone has been a great contributor. I think we are close to knowing what we want to write.

(The committee adjourned.)

OTTAWA, Friday, March 27, 2009

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 1:30 p.m. to examine and report on the impact of the 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.

Pourrions-nous envisager quelque chose de semblable ici puis passer à autre chose? Il y a tellement de sagesse ici; nous pouvons sûrement trouver une table assez petite — pas trop grande, parce que beaucoup d'entre nous parlent beaucoup trop — et faire avancer les choses? Je me fiche de qui la mettra sur pied, pour autant que tous les éléments dont nous avons besoin soient là et que tous fassent preuve d'ouverture et collaborent dans l'intérêt commun.

Merci, monsieur le Président; ce sont mes élucubrations.

M. Wolfson : Je ne veux pas terminer sur une note trop banale, d'abord en ce qui concerne les statistiques de l'état civil, nous avons environ 100 000 \$ par année pour faire le géocodage mais l'argent a disparu. Nous avons reçu un financement généreux pour les enquêtes sur la santé. En ce qui a trait aux statistiques de l'état civil, le budget est le même qu'il y a 20 ans. L'autre chose à propos des statistiques de l'état civil et de l'actualité, la dernière fois que j'ai vérifié, l'accord conclu avec Québec a été signé par Maurice Duplessis en 1948. Nous utilisons les microfilms. Nous essayons de passer aux données électroniques en temps réel, mais c'est retardé par d'autres choses avec Passeport Canada, et ainsi de suite. Nous avons la technologie et nous sommes prêts à avancer, comme certaines provinces. Mais l'argent a aussi son importance si on veut y arriver.

Enfin, sur une note moins banale, pour ce qui est des comptes communautaires, j'aimerais qu'on ne perde pas de vue qu'il s'agit d'un cadre. Quand vous dites : « M. Hollett, permettez-moi de connaître les données sur le revenu moyen », la moitié des données est disponible si nous voulons connaître les données sur le tabagisme. Vous ne pouvez pas le faire à petite échelle. Si vous désirez connaître le nombre de crises cardiaques, vous le pouvez. Si vous voulez savoir le pourcentage de survie, vous ne le pouvez qu'en couplant l'incident de la crise cardiaque à l'acte de l'état civil, et nous ne pouvons pas obtenir ce dernier rapidement. Nous pouvons même aller plus loin en disant : « Je veux savoir ce qu'il en est de la revascularisation, des crises cardiaques et de la survie dans ma collectivité », nous ne pourrions pas vous répondre sans les dossiers de santé électroniques. Ce que vous pourrez intégrer dans le cadre des comptes communautaires dépendra du système d'information. C'est un facteur essentiel.

Le président : Merci beaucoup tout le monde. Que Dieu vous bénisse tous. Chacun a apporté une contribution précieuse. Je pense que nous sommes sur le point de savoir ce que nous voulons écrire.

(La séance est levée.)

OTTAWA, le vendredi 27 mars 2009

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 13 h 00 pour étudier les facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement déterminants sociaux de la santé, et pour faire rapport sur ce sujet.

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

[English]

The Chair: Honourable senators and guests, we want to proceed to hear about the daycare centre. We have a number of people from Seabird Island First Nation. We can see all of you; I hope you can see all of us. I am Senator Keon. On my right are Senator Cook, Senator Eaton, Senator PÉpin and Senator Champagne.

We will begin by hearing from Ms. Brown, the daycare supervisor. We would like to hear about the daycare centre.

Carlene Brown, Daycare Supervisor, Seabird Island First Nation: I am the early childhood program supervisor for the Seabird Island Band. I supervise the daycare centre and the preschool program. Our child care centre has a licence for 47 children from the ages of birth to six years old. We have three separate sides: The infant side, which has a licence for 12 children from 0 to 18 months; our toddler side, which has a licence for children from 18 months to 3 years of age; and the 3-to-5 side, which has a licence for 3 year olds to 6 year olds. We have 25 children on that side.

The Chair: How many employees do you have?

Ms. Brown: We have 12 staff who work with the children as well as a janitor who does our meals and the cleanups for us.

The Chair: Do your 12 people take care of the children in every age group or have you specialty care for the younger ones?

Ms. Brown: We do have specialty care. Most of our staff is designated per site but they do interchange and mix. They get a chance to work with all the children.

The Chair: Have we any questions for Ms. Brown?

Senator Eaton: Can the witnesses introduce themselves so that we know who is representing whom?

The Chair: I will on call them and then they will tell us what they do.

Ms. Suave, would you describe what your role is in the centre and tell us about what you do?

Cheryl Suave, Staff, Seabird Island First Nation: I work in the infant program at Seabird Island. I work in different capacities, providing care for newborns up to 3 years of age. Our program is primarily a home-based program. However, we also access community programs such as the daycare centre, making referrals to the daycare centre for families with whom we work. I provide developmental information to families for their children as well. I am also involved with other programs at Seabird Island such as the Head Start Program and the Parent and Tots Program, encouraging and supporting parents to attend this program.

There are many other programs offered at Seabird, for example, kinder music programs. I support and encourage parents to attend these programs. In my position, I also teach

[Traduction]

Le président : Chers collègues et invités, il est maintenant temps d'entendre parler des garderies. Nous sommes en communication avec un certain nombre de gens de la Bande de Seabird Island. Nous vous voyons tous et j'espère qu'il en est de même pour vous. Je suis le sénateur Keon et je vous présente, à ma droite, le sénateur Cook, le sénateur Eaton, le sénateur PÉpin et le sénateur Champagne.

Nous allons commencer par entendre Mme Brown, la directrice de service de garderie. Nous aimerions, madame, que vous nous parliez de votre garderie.

Carlene Brown, directrice de service de garderie, Bande de Seabird Island : Je suis la directrice du programme de la petite enfance de la Bande de Seabird Island. Je dirige la garderie et le programme préscolaire. Notre garderie détient un permis l'autorisant à accueillir 47 enfants ayant entre l'âge de la naissance et six ans et répartis en trois sections en fonction de leur âge, soit de 0 à 18 mois, de 18 mois à trois ans et de trois ans à six ans. La première section compte 12 enfants et la dernière 25, dont les plus âgés ont 5 ans.

Le président : Combien d'employés avez-vous?

Mme Brown : Nous avons 12 employés qui se consacrent aux enfants et un concierge qui s'occupe des repas et du ménage.

Le président : Vos 12 employés s'occupent-ils des enfants de tous les groupes d'âge ou certains sont-ils spécialisés pour prendre soin, par exemple, des plus jeunes.

Mme Brown : Certains sont spécialisés. La plupart des employés sont affectés à une section précise, mais il leur arrive de changer de place et de se mélanger. Ils ont la possibilité de travailler avec tous les enfants.

Le président : Avez-vous des questions à poser à Mme Brown?

Le sénateur Eaton : Les témoins peuvent-ils se présenter afin que nous sachions quel organisme chacun d'eux représente?

Le président : Lorsque je les inviterai à prendre la parole, chacun d'eux nous dira ce qu'il fait.

Madame Suave, pourriez-vous nous dire quel est votre rôle à la garderie et ce que vous y faites précisément?

Cheryl Suave, employée, Bande de Seabird Island : Je travaille au programme des nourrissons de Seabird Island, soit des enfants entre l'âge de la naissance et trois ans, ce qui implique d'assumer plusieurs rôles. Si ce programme nous amène à travailler surtout au domicile des enfants, nous avons aussi recours à des programmes communautaires, comme la garderie, en y adressant les familles avec lesquelles nous travaillons. Je donne également aux familles des précisions sur le développement de leurs enfants et participe aussi à d'autres programmes de Seabird Island comme le Programme d'aide préscolaire et le programme Parent and Tots, en incitant et en aidant les parents à y participer.

Beaucoup d'autres programmes sont offerts à Seabird, par exemple, des programmes de musique pour les petits. J'aide et incite les parents à participer à ces programmes. Dans le cadre de

infant massage. The massage is important because it helps parents understand attachment and encourages total communication with their babies. I work in many different capacities in trying to encourage parents and support them to access as many programs and, most importantly, the one that we are talking about today, the daycare.

Senator Champagne: Good afternoon. What kind of training did you receive, Ms. Suave? Where did you obtain it? What prepared you to do this job looking after children and, from what you said, teaching other people around you?

Ms. Suave: That is a great question. My education is in early childhood education with special needs and infant and toddler development. I have worked in the field of early childhood education in many different capacities for probably over 20 years, working with babies and toddlers and working in programs with infant-aged children with special needs.

I have been very privileged to work at Seabird Island and to have the opportunity to train. I was able to take training for infant massage through the International Association of Infant Massage. I have been able to teach classes here at Seabird as well as providing one-to-one intervention with families in their homes. I am a mother with two children, so I think that gives me a lot of experience as well.

The Chair: Ms. Ludman. You are a parent, right?

Fallon Ludman, Parent, Seabird Island First Nation: Yes.

The Chair: Would you tell us about your use of the centre and what the centre does for you, and so on?

Ms. Ludman: My daughter has been attending since she was about six months old. I came back to work full-time when she was eight months old. I would not be able to work if the daycare was not there because I do not have anyone to watch her. It is a great daycare; she loves it. She cries to go there on weekends. She loves the field trips. You learn things there.

Senator Eaton: How old is she?

Ms. Ludman: She is three years old right now.

Senator Eaton: Has she started to do letters or to look at books?

Ms. Ludman: Yes.

Senator Eaton: How do you find she compares with children who do not go to the daycare? Have you had a chance to observe that?

Ms. Ludman: Yes. She has known the alphabet since she was 18 months old. She also knows all the colours. She is really smart.

Senator Eaton: Does the daycare encourage you to do things at home with her, like read to her at night?

mes fonctions, j'enseigne également le massage des nourrissons. Ces massages sont importants, parce qu'ils aident les parents à réaliser l'affection qu'ils portent à leurs enfants et favorisent des communications complètes avec leurs bébés. Je m'efforce, par diverses façons, d'inciter et d'aider les parents à profiter de nombreux programmes et, plus important encore, de celui dont nous parlons aujourd'hui : la garderie.

Le sénateur Champagne : Bonjour mesdames et messieurs. Madame Suave, quel type de formation avez-vous suivie et où? Comment vous êtes-vous préparée à prendre ainsi soin des enfants et, comme vous le dites, à l'enseigner autour de vous?

Mme Suave : C'est une bonne question. J'ai fait des études en éducation de la petite enfance ayant des besoins spéciaux et en développement des nourrissons et des tout-petits. J'ai consacré probablement plus de vingt ans de ma vie à l'éducation de la petite enfance en assumant diverses fonctions, toujours en m'occupant des bébés et des tout-petits, et en travaillant dans le cadre de programmes destinés aux nourrissons ayant des besoins spéciaux.

J'ai eu beaucoup de chance de travailler à Seabird Island et de pouvoir ainsi suivre diverses formations. C'est ainsi que j'ai pu apprendre à masser les nourrissons grâce à l'Association internationale en massage pour bébés. Cela m'a ensuite permis de donner des cours, ici à Seabird, et d'intervenir en personne aux domiciles de familles. Je suis également mère de deux enfants, ce qui a aussi contribué, je crois, à me donner beaucoup d'expérience.

Le président : Madame Ludman, vous êtes mère, n'est-ce pas?

Fallon Ludman, parent, Bande de Seabird Island : Oui.

Le président : Pouvez-vous nous parler des services de la garderie que vous utilisez, de ce qu'elle vous apporte, et cetera.?

Mme Ludman : Ma fille avait environ six mois quand elle a commencé à aller à la garderie. J'ai repris un travail à temps plein quand elle avait huit mois. Je ne pourrais pas travailler sans la garderie parce que je n'aurais personne pour s'occuper d'elle. C'est une excellente garderie. Elle l'adore. Elle pleure pour y aller les fins de semaine. Elle adore les excursions. Elle y apprend des choses.

Le sénateur Eaton : Quel âge a-t-elle?

Mme Ludman : Elle a trois ans maintenant.

Le sénateur Eaton : A-t-elle commencé à écrire ou à s'intéresser aux livres?

Mme Ludman : Oui.

Le sénateur Eaton : Comment trouvez-vous qu'elle se comporte par rapport aux enfants qui ne vont pas à la garderie? Est-ce quelque chose que vous avez pu observer?

Mme Ludman : Oui. Elle connaissait l'alphabet à 18 mois. Elle connaît également le nom de toutes les couleurs. Elle est vraiment intelligente.

Le sénateur Eaton : Est-ce que la garderie vous incite à faire des choses avec elle à la maison, comme lui faire la lecture le soir?

Ms. Ludman: Yes. I read to her every night. She can recognize certain words and colours.

Senator Eaton: What about physical activities? Do they play games that teach her to use her coordination?

Ms. Ludman: Yes; all kinds. They do puzzles, games and crafts every day. I get tons of crafts in my cubby everyday.

Senator Eaton: What about parental support? Do you feel you can ask them questions if you are stumped or to get some advice?

Ms. Ludman: Yes. They helped me a lot because my daughter had eczema when she was a baby and I had to put six different creams on her every couple of hours.

Senator Eaton: They have helped you with medical advice as well?

Ms. Ludman: Yes.

Senator Pépin: Ms. Suave, you say that you accept new-born babies. When you say “newborn,” are they babies that are one month or six months old? When are newborns accepted? At how many months old do you accept them?

Ms. Brown: The youngest one we have had at the daycare centre was three months old when she started. That was for medical reasons. It was a mumps situation.

Senator Pépin: Is your daycare centre open seven days a week, on weekends or at night? What is its schedule?

Ms. Brown: We are open Mondays to Fridays, from 7:30 to 5:30.

Senator Pépin: Do you have an after-school daycare centre?

Ms. Brown: There is an after-school program here on Seabird Island, as well, which takes children aged 6 to 12.

Senator Pépin: That is great.

Senator Eaton: May I ask a supplementary carrying on from Senator Pépin’s question? When you get newborns, do you have ways of testing them for things like fetal alcohol syndrome, autism or any of the other medical challenges that some newborns face?

Ms. Brown: We do use screening tools at the daycare centre. We use the Ages and Stages Questionnaire (ASQs). As staff, if we have any concerns then we would bring in Ms. Sauve’s program, because she has more hands-on experience with the more detailed assessment tools.

Senator Callbeck: Where is Seabird Island?

Ms. Brown: It is located in the Fraser Valley of British Columbia, approximately an hour and a half outside Vancouver.

Senator Callbeck: How many children do you have in the daycare centre?

Mme Ludman : Oui. Je lui fais la lecture tous les soirs. Elle reconnaît certains mots et certaines couleurs.

Le sénateur Eaton : Et à propos des activités physiques? Les enfants pratiquent-ils des jeux pour améliorer leur coordination?

Mme Ludman : Oui, ils en font de toutes sortes tous les jours : des casse-tête, des jeux et du bricolage. Elle me ramène tous les jours ses bricolages de la journée et j’en ai une tonne à la maison.

Le sénateur Eaton : Et qu’en est-il de l’aide aux parents? Si vous butez sur un problème ou avez besoin de conseils, vous sentez-vous à l’aise pour poser des questions au personnel?

Mme Ludman : Oui. Ils m’ont beaucoup aidée parce que ma fille faisait de l’eczéma quand elle était bébé et que je devais lui appliquer six crèmes différentes plusieurs fois par jour.

Le sénateur Eaton : Le personnel a donc aussi été en mesure de vous donner des conseils de nature médicale?

Mme Ludman : Oui.

Le sénateur Pépin : Madame Suave, vous nous avez dit accepter les nouveau-nés. Voulez-vous dire par là que vous acceptez des bébés âgés d’un mois ou de six mois? À quel âge les acceptez-vous? Quel âge doivent-ils avoir?

Mme Brown : La plus jeune que nous ayons eue à la garderie avait trois mois quand elle est arrivée. C’était pour des raisons médicales. Elle avait les oreillons.

Le sénateur Pépin : Votre garderie est-elle ouverte sept jours par semaine, les fins de semaine, le soir? Quels sont vos horaires?

Mme Brown : Nous sommes ouverts du lundi au vendredi, de 7 h 30 à 17 h 30.

Le sénateur Pépin : Assurez-vous un service de garde après l’école?

Mme Brown : Il y a un programme de garde après l’école à Seabird Island pour les enfants âgés de six à 12 ans.

Le sénateur Pépin : C’est très bien.

Le sénateur Eaton : Puis-je poser une question supplémentaire dans le prolongement de celle du sénateur Pépin? Quand vous accueillez des nouveau-nés, disposez-vous de moyens pour vérifier s’ils sont victimes, par exemple, du syndrome de l’alcoolisme fœtal, d’autisme ou de tout autre problème de santé touchant certains nouveau-nés?

Mme Brown : Oui, nous utilisons des outils de détection, entre autres le Ages and Stages Questionnaire (ASQ). Si le personnel a des doutes particuliers, nous faisons alors appel aux services de Mme Suave qui a une plus grande expérience que nous des outils d’évaluation plus détaillés.

Le sénateur Callbeck : Où se trouve Seabird Island?

Mme Brown : Seabird Island se trouve dans la vallée du Fraser, en Colombie-Britannique, à environ une heure et demie de route de Vancouver.

Le sénateur Callbeck : Combien d’enfants avez-vous à la garderie?

Ms. Brown: We are licensed for 47 full-time children.

Senator Callbeck: How is the centre financed?

Ms. Brown: We have parent fees. Parents who are unable to pay receive subsidy through the ministry. Also, we do get some funding from the Sto:lo Nations Resources Development.

Senator Callbeck: Ms. Suavé, you mentioned programs for parents. Do you have good attendance at these programs?

Ms. Suave: There is often very good attendance. In our community here at Seabird Island, we really need to do a lot of relationship building, for families to feel comfortable and to want to be able to find out and go to the different options that are available to them.

Once that relationship is established, it is often very successful in encouraging them and having them access programs such as the Seabird Island daycare, preschool programs, parent-tots programs, pre- and postnatal programs, massage classes, music programs and different resources in the community such as library programs, et cetera.

The Chair: Ms. Nickel, will you tell us how you use the centre?

Bonnie Nickel, Parent, Seabird Island First Nation: I have two children, ages four and five years old. They attended the daycare centre since they were each one year old. They started on the toddler side. Both of my children have been part of the supportive health development. They have received speech and other therapy.

The best part about the daycare is it teaches them a lot of empathy for other children, as well, so that, when my children are away from the daycare centre and are in different play areas, they are able to be kind and gentle. They are taught proper manners. As Ms. Ludman mentioned, without the daycare, I would not be able to attend work.

The Chair: What do you work at, Ms. Nickel? Do you work from nine o'clock until five o'clock?

Ms. Nickel: Yes.

The Chair: You do not have to work weekends or nights?

Ms. Nickel: No, luckily I have an 8:30 to 4:30 job, Mondays to Fridays.

Senator Andreychuk: May I ask what you do?

Ms. Nickel: I am a community health rep. I work for Seabird Island but I am located in Chawathil and Skawahlook First Nations.

Senator Callbeck: How large is Seabird Island?

Mme Brown : Notre permis nous autorise à en accueillir 47 à temps plein.

Le sénateur Callbeck : Comment la garderie est-elle financée?

Mme Brown : Nous facturons des frais aux parents. Ceux qui n'en ont pas les moyens reçoivent une subvention du ministère. Nous recevons également des fonds de Sto :lo Nations Resources Development.

Le sénateur Callbeck : Madame Suave, vous avez évoqué les programmes destinés aux parents. La fréquentation de ces programmes est-elle bonne?

Mme Suave : Il y a souvent beaucoup de monde à les suivre. Dans notre collectivité de Seabird Island, nous avons vraiment beaucoup de travail à faire pour instaurer des relations, pour que les familles se sentent à l'aise et souhaitent découvrir les diverses solutions qui s'offrent à elles, et les explorer.

Une fois cette relation établie, on réussit très souvent à les inciter à profiter de programmes comme celui de la garderie de Seabird Island, des programmes préscolaires, de programmes pour parents et tout-petits, de programmes prénataux et postnataux, des cours de massage, de musique et de diverses autres ressources disponibles dans la collectivité, comme les programmes de bibliothèque, et cetera.

Le président : Madame Nickel, pouvez-vous nous dire comment vous utilisez la garderie?

Bonnie Nickel, parent, Bande de Seabird Island : J'ai deux enfants âgés de quatre et cinq ans. Ils vont à la garderie depuis l'âge d'un an. Ils ont commencé dans la section des tout-petits. Tous deux ont profité de services de soutien dans le domaine de la santé. Ils ont suivi des séances d'orthophonie et d'autres thérapies.

Ce que j'apprécie le plus à la garderie est que les enfants y apprennent à faire preuve de beaucoup d'empathie envers les autres enfants, ce qui fait que les miens, quand ils ne sont pas à la garderie et qu'ils jouent ailleurs, sont capables d'être doux et gentils. On leur enseigne les bonnes manières. Comme Mme Ludman, sans la garderie, je ne pourrais pas travailler.

Le président : Quel genre de travail faites-vous, madame Nickel? Travaillez-vous de 9 à 5?

Mme Nickel : Oui.

Le président : Vous n'êtes pas obligée de travailler les fins de semaine ou le soir?

Mme Nickel : Non, heureusement pour moi, je travaille de 8 h 30 à 16 h 30, du lundi au vendredi.

Le sénateur Andreychuk : Puis-je vous demander ce que vous faites?

Mme Nickel : Je m'occupe de santé communautaire. Je travaille pour Seabird Island mais dans les Premières nations Chawathil et Skawahlook.

Le sénateur Callbeck : Quelle est la superficie de Seabird Island?

Steven MacKinnon, Technician, Seabird Island First Nation: One thousand, nine hundred and forty-three hectares. My name is Steven MacKinnon and I am a network engineer.

Senator Callbeck: What are those size dimensions, what is the population and so on?

Mr. MacKinnon: The island is 5.2 kilometres long by 3.18 kilometres wide. The population is approximately 800 people.

Senator Callbeck: How far is it to the mainland?

Mr. MacKinnon: We say Seabird Island but the island part is a misnomer; we are directly connected to the mainland.

Senator Callbeck: I live on Prince Edward Island and we have a link to the mainland but we still consider we are an island.

Mr. MacKinnon: True enough. I am a Maritimer so I know what you are talking about.

Senator Pépin: If you had a service you would like to improve what would it be? If they were to tell you there is one service that you might like to have, which would it be? What do you require?

Ms. Brown: I think we are doing what we can do but mental health services for young children are a big concern for us. Therefore, I would say: More counselling available for younger children.

Senator Pépin: Do you have doctors or nurses who are specialized in mental health for children or adults?

Ms. Brown: Yes, we do. We have a doctor's clinic at the Seabird offices as well as health nurses on board. We do have counsellors and some mental health professionals.

Senator Pépin: Thank you.

The Chair: How does your Native culture fit into all of this? Your children are being educated and, Ms. Nickel, one or both of your children has had some speech therapy. Is this all done in English or is it done in a Native language?

Ms. Nickel: The speech therapy is done in English but they do have a Halkomelem language that they do learn at the daycare centre.

The Chair: What language do you speak at home?

Ms. Nickel: We speak English.

Senator Pépin: Does everyone speak English at home?

Ms. Nickel: The children's father does speak a little bit of Halkomelem.

Steven MacKinnon, technicien, Bande de Seabird Island : Mille neuf cent quarante-trois hectares. Je m'appelle Steven MacKinnon et je suis ingénieur réseau.

Le sénateur Callbeck : Quelle est la superficie de l'île? Combien a-t-elle d'habitants, et cetera.?

M. MacKinnon : L'île mesure à peu près 5,2 kilomètres de long par 3,18 kilomètres de large. Elle compte environ 800 habitants.

Le sénateur Callbeck : À quelle distance se trouve-t-elle de la terre ferme?

M. MacKinnon : Elle porte le nom de Seabird Island mais le nom est trompeur parce que nous sommes reliés directement à la terre ferme.

Le sénateur Callbeck : Je vis à l'Île-du-Prince-Édouard et nous avons un lien avec le continent, mais nous nous considérons toujours comme des liens.

M. MacKinnon : C'est bien vrai. Je viens des Maritimes et je sais fort bien de quoi vous parlez.

Le sénateur Pépin : Si vous vouliez améliorer un service, quel serait-il? Si on vous disait qu'il y a un service que vous pouvez obtenir, quel serait-il? De quoi avez-vous besoin?

Mme Brown : Je crois que nous faisons ce que nous pouvons, mais une question qui nous préoccupe beaucoup est celle des services de santé mentale pour les jeunes enfants. Je souhaiterais donc que nous disposions de plus de services de conseils pour les jeunes enfants.

Le sénateur Pépin : Avez-vous des médecins ou des infirmières spécialisés en santé mentale pour les enfants ou pour les adultes?

Mme Brown : Oui, il y en a. Nous avons une clinique médicale dans les locaux de Seabird Island, et des infirmières y travaillent. Nous avons des conseillers et certains professionnels en santé mentale.

Le sénateur Pépin : Je vous remercie.

Le président : Comment votre culture autochtone cadre-t-elle avec tout ceci? Vous veillez, madame, à l'instruction de vos enfants et l'un d'eux ou les deux ont suivi des séances d'orthophonie. Celles-ci se donnent-elles en anglais ou dans une langue autochtone?

Mme Nickel : Les séances d'orthophonie se donnent en anglais, mais ils apprennent aussi la langue Halkomelem à la garderie.

Le président : Quelle langue parlez-vous à la maison?

Mme Nickel : Nous parlons l'anglais.

Le sénateur Pépin : Est-ce que tout le monde parle l'anglais à la maison?

Mme Nickel : Le père de mes enfants parle un peu l'halkomelem.

Senator Cook: Thank you for sharing with us today. I heard you say that someone could not be with you today, so are we missing someone that we have not heard because I am counting five people. I have five right here.

Carolyn Neufeld, Health Director, Seabird Island First Nation: I am Carolyn Neufeld, the health director. Ms. Beadman could not come at the last minute so I volunteered to sit in should there be any questions.

Senator Cook: I come from the Province of Newfoundland, where there is a reserve called Conne River. It is very self-sufficient, if I may say. They have their clinic on the reserve; they have their schools, kindergarten to Grade 12. They are self-sufficient with all the facilities they need for a growing family. They do not need to go elsewhere.

I would like to compare Conne River with how your reservation or your community or your home is structured. My first question is: Do you have a health clinic on site and how is it staffed?

Ms. Neufeld: Yes, we do have a health clinic. We have a full dental office with three dentists and full staff. We have two physicians and as a nurse practitioner with a full six-member staff. They are Monday to Friday clinics, though. They are not weekend or emergency services. A one-stop shop is exactly what we wanted here. We wanted families to access everything that was needed within the community so that we could support families throughout the transitions of life.

We are very fortunate; we have high school, elementary school, daycare, preschool, and we just opened our college, and we continue to try to bridge any gaps we find.

Senator Cook: The people who bring those skills and staff your community, do they come from within your community or do they come from without?

Ms. Neufeld: It is some of both. Our first priority is to try to train up people within Seabird Island. We have just advertised for an LPN program that drew 39 applicants and our daycare centre is a star in that department. We have run two early childhood education programs, with I believe over 30 graduates. As well we have run family child care programs and special needs programs. We are recently training for the responsible adult program. Also, we give opportunities for everyone in Seabird to find a job or an interest or an area, and hopefully bring the training right here so they do not have to go far. Some will stay and some will go other places, but at least they have opportunities.

Le sénateur Cook : Je vous remercie de nous avoir fait part de tout cela aujourd'hui. Je vous ai entendu dire que quelqu'un n'a pu se joindre à vous aujourd'hui. Il manque donc une personne que nous n'entendrons pas puisque vous êtes cinq, si je ne me trompe. C'est bien ça.

Carolyn Neufeld, directrice de santé, Bande de Seabird Island : Je m'appelle Carolyn Neufeld, et je suis directrice de santé. Mme Beadman a eu un empêchement de dernière minute et c'est la raison pour laquelle je me suis proposée pour répondre à toute question que vous pourriez avoir.

Le sénateur Cook : Je viens de la province de Terre-Neuve, où il y a une bande indienne du nom de Conne River. Si vous me permettez l'expression, je dirais qu'elle est très autosuffisante. Elle a sa clinique sur la réserve, ses écoles, qui vont de la maternelle à la 12^e année. Elle est autosuffisante puisqu'elle dispose de toutes les installations dont peut avoir besoin une famille avec des enfants qui grandissent. Les membres de la bande n'ont pas besoin d'aller ailleurs.

J'aimerais faire la comparaison entre la façon dont Conne River et votre réserve ou votre collectivité sont organisées. Pouvez-vous d'abord me dire si vous avez une clinique médicale sur place et me préciser le personnel dont elle dispose?

Mme Neufeld : Oui, nous avons une clinique médicale. Nous avons aussi un cabinet dentaire avec trois dentistes et tout le personnel. Nous avons deux médecins et une infirmière-praticienne, ce qui fait six employés au total. La clinique est ouverte du lundi au vendredi, mais est fermée pendant la fin de semaine et n'offre pas de services d'urgence. Nous voulions effectivement avoir un genre de guichet unique. Nous voulions que les familles aient accès à tout ce dont elles avaient besoin dans la collectivité afin de les aider à franchir toutes les étapes de la vie.

Nous avons beaucoup de chance. Nous avons une école secondaire, une école primaire, une garderie, un centre préscolaire et nous venons tout juste d'ouvrir notre collège, et nous continuons à nous efforcer de combler toutes les lacunes que nous constatons.

Le sénateur Cook : Tout ce personnel compétent qui travaille dans votre collectivité en est-il originaire ou vient-il de l'extérieur?

Mme Neufeld : Un peu les deux. Notre priorité est d'essayer de former des gens de Seabird Island. Nous venons tout juste de faire de la publicité pour un programme d'infirmières auxiliaires qui a suscité 39 candidatures et notre garderie est une vedette dans ce domaine. Nous avons mis en œuvre deux programmes d'éducation de la petite enfance qui ont permis à plus de 30 personnes d'obtenir leurs diplômes. Nous avons également des programmes de garderie familiale et d'autres pour répondre à des besoins spéciaux. Nous avons récemment donné de la formation dans le cadre d'un programme de responsabilisation des adultes. Nous nous efforçons aussi d'offrir à tous les habitants de Seabird la possibilité de trouver un travail, un centre ou domaine d'intérêt et de leur offrir sur place la formation nécessaire pour qu'ils ne soient pas obligés de partir. Certains restent, d'autres partent, mais ils ont au moins le choix.

Senator Cook: Are you saying that if they wish to go, you have them ready to go?

Ms. Neufeld: Exactly. We believe in the salmon theory: Catch and release. They will come home some day when they are ready.

Senator Cook: If you had a wish list, what would you like to be on it, as it pertains to the needs of your community?

Ms. Neufeld: One of the biggest things we would like to develop is a centre of excellence in early childhood programs. We want to put all of the services for early childhood under one roof. That means language, maternal-child, supportive child care, daycare, preschool and, if we could, child mental health play therapy. We also wanted to look at the physiotherapy and occupational therapy. We would like an all-in-one centre.

We currently look after 13 other bands here so we have a huge outreach. We have a bus program that operates over a distance of 250 kilometres. We end up getting a lot of referrals and many opportunities to help parents all over. We really would like to build the centre of excellence in training, research and everything else that deals with the Aboriginal experience.

Senator Cook: How are you funded? I heard you say that you provide services for other bands. Do they make a contribution? How are your activities funded?

Ms. Neufeld: Several different ways. The Ministry of Children and Families provides us with funding for supported child care, including aboriginal infant development programs. The ARDA (Agricultural and Rural Development Agreement) or employment services also supports us at the daycare. There are parent fees and subsidies. Seabird Island band contributes a large portion of any revenues they have from their gas fund towards programs and services here. There is Health Canada, of course, with its Head Start and other programs. INAC also helps fund the preschool because it is a full-day, five days a week preschool. We blend funding to make it all happen.

Senator Cook: You are to be commended for that.

Do you have a base of volunteers that help you with the numerous activities and the programs you run on your reserve?

Ms. Brown: Our parents are wonderful. They volunteer a lot of time to come on our field trips with us. We do have elders who come into our programs to do activities with us. There are volunteers, yes.

Le sénateur Cook : Voulez-vous dire que, s'ils veulent partir ailleurs, vous les préparez à le faire?

Mme Neufeld : C'est exact. Nous sommes des partisans de la « théorie du saumon ». Ils reviendront un jour, quand ils seront prêts.

Le sénateur Cook : Si vous deviez dresser une liste de souhaits, que voudriez-vous y inscrire pour répondre aux besoins de votre collectivité?

Mme Neufeld : L'une des choses les plus importantes que nous aimerions mettre sur pied serait un centre d'excellence pour les programmes de la petite enfance. Nous voulons regrouper tous les services à la petite enfance sous un même toit. On y trouverait des services d'orthophonie, de santé maternelle et infantile, d'accompagnement des enfants, de garderie, préscolaires et, si possible, de santé mentale pour les enfants et de thérapie par le jeu. Nous voulons également nous intéresser à la physiothérapie et à l'ergothérapie. Nous aimerions tout avoir sur le même toit.

Nous nous occupons actuellement de 13 autres bandes et nous avons donc un rayonnement important. Nous disposons d'un autobus qui nous permet d'offrir des services sur une distance de 250 kilomètres. Beaucoup de gens nous sont adressés et nous avons beaucoup d'occasions d'aider des parents partout. Nous aimerions vraiment être en mesure de construire ce centre d'excellence dans les domaines de la formation et de la recherche, et dans tous les domaines ayant trait à l'expérience autochtone.

Le sénateur Cook : Comment êtes-vous financés? Vous nous avez dit offrir des services à d'autres bandes. Vous versent-t-elles des fonds? Comment vos activités sont-elles financées?

Mme Neufeld : De diverses façons. Le ministère des Enfants et de la Famille nous verse de fonds au titre de l'aide aux enfants, y compris pour les programmes autochtones de développement du jeune enfant. Nous recevons également des fonds dans le cadre de l'Accord sur l'aménagement rural et le développement agricole ou des services d'emplois. S'y ajoutent les frais facturés aux parents et les subventions. La Bande de Seabird Island verse une partie importante des budgets des programmes et des services à même son fonds de la taxe sur l'essence. Il y a aussi bien évidemment Santé Canada avec son programme d'aide préscolaire, et d'autres programmes. AINC contribue également au financement du centre préscolaire parce que celui-ci est ouvert cinq jours complets pendant la semaine. Ce sont là les sources de financement qui nous permettent de mettre en œuvre nos programmes et nos services.

Le sénateur Cook : Il faut vous en féliciter.

Disposez-vous de bénévoles pour vous aider à organiser vos nombreuses activités et les programmes que vous mettez en œuvre sur votre réserve?

Mme Brown : Nos parents sont merveilleux. Ils nous font don de beaucoup de leur temps pour participer à nos excursions avec nous. Nous avons également des anciens qui participent avec nous à des activités dans le cadre des divers programmes. Ce sont des bénévoles, oui.

Ms. Neufeld: In regard to the volunteers, it is also important to know one key thing about Seabird. We are trying to get a lot of volunteers for sports groups and things like that, because they needed to fundraise. We decided not to cater out or purchase any food outside our sports groups. Now all our sports volunteer groups provide internal catering — supplies and everything else — so they are able to provide sporting events for their own children. That has been very successful.

Senator Cook: I will ask a final question, and it is a sensitive one. Are drugs a problem amongst your young people?

Ms. Neufeld: Drugs are a problem across Canada. I will not say that Seabird has any more or any less than across Canada. We have a low unemployment rate: A lot of our people are employed. A lot of people are very open for counselling and getting help, but they do still struggle with issues, such as dropping out of school. I do not think drug use is any higher than anywhere else.

Senator Cook: Thank you for sharing that with me.

The Chair: Have we any other questions?

It seems to me you are serving quite a large region. Seabird Island itself is small but you are servicing many people outside. Is that correct?

Ms. Brown: Yes.

Senator Champagne: Were all of you born on the island or did you come from the mainland?

Ms. Ludman: I was born here.

Senator Champagne: Who else? Were you born in the Vancouver area or did you come from Eastern Canada?

Ms. Brown: I was born and raised in Vancouver.

Senator Champagne: What brought you to Seabird Island?

Ms. Brown: I was offered the position as the supervisor of the daycare centre so my family and I moved from Vancouver out to Agassiz, which is about five minutes away from Seabird, and I have been here for almost 11 years now.

Senator Champagne: How about the other ones that were not born there exactly? Where did you come from and what brought you to Seabird?

Ms. Suave: I was born in Calgary, Alberta, and moved to B.C. My husband and I live about 40 minutes from Seabird Island and I commute every day. I absolutely love it here. I cannot fancy being anywhere else. It is an amazing place.

Ms. Nickel: I was raised on Vancouver Island, on a little island called Quadra. I moved to Vancouver to attend college and went to Seabird five years ago. I have been here ever since.

Mme Neufeld : En ce qui concerne les bénévoles, il faut savoir une chose importante à propos de Seabird. Nous essayons d'avoir beaucoup de bénévoles pour les groupes sportifs et pour d'autres organismes de même nature parce qu'ils ont besoin de lever des fonds. Nous avons décidé de confier les services de traiteur ou d'achat de nourriture uniquement à nos groupes sportifs. Ces services sont donc maintenant assurés à l'interne par des groupes de bénévoles sportifs — fournitures et tout le reste — ce qui leur permet d'organiser des activités sportives pour leurs propres enfants. Cela a donné d'excellents résultats.

Le sénateur Cook : J'ai une dernière question à vous poser, un peu délicate. Y a-t-il des problèmes de drogue chez vos jeunes?

Mme Neufeld : Il y a des problèmes de drogue partout au Canada. Je ne dirais pas qu'il y en a plus ou moins à Seabird qu'ailleurs au Canada. Notre taux de chômage est faible. Beaucoup de nos jeunes travaillent. Beaucoup de gens sont très ouverts pour recevoir des conseils et obtenir de l'aide, mais ils sont encore confrontés à des difficultés, comme l'abandon scolaire. Je ne crois pas que la drogue pose plus de problèmes ici qu'ailleurs.

Le sénateur Cook : Je vous remercie de m'avoir fait part de votre point de vue.

Le président : Avons-nous d'autres questions?

Il me semble que vous desservez une région assez étendue. Seabird Island elle-même est petite, mais vous desservez beaucoup de gens de l'extérieur. Est-ce exact?

Mme Brown : Oui.

Le sénateur Champagne : Êtes-vous tous nés sur l'île ou certains viennent-ils de la terre ferme?

Mme Ludman : Je suis née ici.

Le sénateur Champagne : Qui d'autre? Êtes-vous née dans la région de Vancouver ou venez-vous de l'Est du Canada?

Mme Brown : Je suis née et j'ai été élevée à Vancouver.

Le sénateur Champagne : Qu'est-ce qui vous a amenée à Seabird Island?

Mme Brown : On m'a offert le poste de directrice du service de garderie. Ma famille et moi avons alors déménagé de Vancouver à Agassiz, qui se trouve à environ cinq minutes de Seabird, et cela fait maintenant 11 ans que je suis ici.

Le sénateur Champagne : Et qu'est-ce qui a amené là les autres personnes qui n'y sont pas nées? D'où venez-vous et pourquoi avez-vous déménagé à Seabird?

Mme Suave : Je suis née à Calgary, en Alberta, et j'ai déménagé en Colombie-Britannique. Mon mari et moi vivons à une quarantaine de minutes de Seabird Island et je fais la route tous les jours. Je m'y plais beaucoup. Je ne peux pas imaginer vivre ailleurs. C'est un endroit extraordinaire.

Mme Nickel : J'ai été élevée dans la région de l'île de Vancouver, sur une petite île appelée Quadra. J'ai déménagé à Vancouver pour aller au collège, puis à Seabird, il y a cinq ans. J'y suis restée depuis.

Ms. Neufeld: I was born in the Queen Charlotte Islands. My great-grandfather was originally a British navy person, who jumped ship and married his Aboriginal wife here. They homesteaded about 10 kilometres down the road, and I grew up maybe 25 kilometres down the road from here and came back about 13 years ago to start work.

Senator Champagne: Pardon me for my nosiness, but I wanted to know, if you were not born and bred there, from where you came and what had brought you. So now we even have a “once upon a time” story with the British officer marrying a native woman and there you are. I think you are doing a marvellous job with those children. You might have as a motto: Help thyself and heaven will help you. You are a tangible example of what can be done. I do congratulate you with all my heart.

The Chair: Is there anything you would like to ask the senators? Have you any questions for us?

Ms. Brown: What exactly is your role?

The Chair: We are doing a report on population health aimed at improving the overall health and well-being and productivity of Canadians who are not as healthy as other Canadians, in other words, correcting the health disparities that exist in Canada. A substantial portion of our report is devoted to Aboriginal people. We are just interested in how well you are doing in your area, how well you are satisfied with your facilities and this kind of thing.

We intended to take a road trip out in that area and drop in on you, but we have run out of time. We have to get our report finished up, so we are doing video conferencing instead and are grateful that you took the time to come in and talk with us.

Senator Pépin: We were told that women from the native community are very dynamic and involved in their community. Is that the case on your little island? Maybe much more than the men, I do not know.

Ms. Brown: Many of the females on Seabird are working in the community. Six daycare staff are community members who went through school here on Seabird, did the program and are now working full-time in the daycare centre.

Senator Champagne: Obviously you are a success story and you can be congratulated. Please accept our thanks for talking with us today.

The Chair: Thank you all very much. Now back to work.

(The committee adjourned.)

Mme Neufeld : Je suis née dans les îles de la Reine Charlotte. Mon grand-père était un marin britannique qui a quitté le bord pour épouser sa femme autochtone à cet endroit-là. Ils vivaient à environ 10 kilomètres d’ici et j’ai grandi à quelque 25 kilomètres de Seabird Island pour y revenir travailler il y a 13 ans.

Le sénateur Champagne : Veuillez pardonner ma curiosité, mais je voulais savoir pour ceux d’entre vous qui ne sont pas nés sur place et qui n’y ont pas été élevés, d’où vous veniez et ce qui vous y avait attirés. Nous avons même recueilli une histoire du genre « Il était une fois » avec un marin britannique qui a épousé une femme autochtone. Et vous voilà ici. Je crois que vous faites un excellent travail avec ces enfants. Vous devez avoir pour devise « Aide-toi et Dieu t’aidera ». Vous êtes un exemple concret de ce qu’il est possible de faire. Je vous félicite de tout mon cœur.

Le président : Y a-t-il autre chose que vous aimeriez demander aux sénateurs? Avez-vous des questions pour nous?

Mme Brown : Quel est exactement votre rôle?

Le président : Nous préparons un rapport sur la santé de la population visant à améliorer la santé, le bien-être et la productivité de tous les Canadiens qui ne sont pas en aussi bonne santé que leurs citoyens. En d’autres termes, il s’agit de corriger les disparités dans le domaine de la santé que l’on constate au Canada. Une partie importante de notre rapport est consacrée aux peuples autochtones. Nous sommes donc désireux de savoir comment les choses se passent dans votre région, dans quelle mesure vous êtes satisfaits de vos installations, et ce genre de choses.

Nous avions l’intention de nous rendre dans cette région et de vous rendre visite, mais nous manquons de temps. Nous devons terminer notre rapport et c’est la raison pour laquelle nous avons plutôt organisé une vidéoconférence et nous vous remercions d’avoir pris le temps de venir et de parler avec nous.

Le sénateur Pépin : On nous avait dit que les femmes des collectivités autochtones sont très dynamiques et impliquées dans leurs collectivités. Est-ce le cas sur votre petite île? Peut-être plus que les hommes? Je ne sais pas.

Mme Brown : Beaucoup de femmes de Seabird travaillent dans la collectivité. Six membres du personnel de la garderie sont des membres de la collectivité qui ont fait toute leur scolarité ici, à Seabird, qui ont monté le programme et qui travaillent maintenant à temps plein dans la garderie.

Le sénateur Champagne : Vous êtes bien évidemment un exemple de réussite, et il faut vous en féliciter. Je vous prie de bien vouloir accepter nos remerciements d’avoir accepté de vous entretenir avec nous aujourd’hui

Le président : Merci beaucoup à tous. Nous allons maintenant reprendre nos travaux.

(La séance est levée.)

National Association of Friendship Centres:

Peter Dinsdale, Executive Director.

Aboriginal Nurses Association of Canada:

Rosella Kinoshameg, President.

Friday, March 27, 2009

Canadian Institute for Health Information:

Jean-Marie Berthelot, Vice-President of Programs;
Jean Harvey, Director, Canadian Population Health Initiative.

Agriculture and Agri-Food Canada:

Christine Burton, Director, Rural Policy and Strategic Development.

Health Canada:

Karen Dodds, Assistant Deputy Minister.

Acacia Consulting and Research:

Michel Frojmovic, Director.

Ontario Agency for Health Protection and Promotion:

Vivek Goel, President and Chief Executive Officer.

Canadian Institute for Health Information:

Jean Harvey, Director, Canadian Population Health Initiative.

Newfoundland and Labrador Department of Finance:

Alton Hollett, Assistant Deputy Minister, Economics and Statistics Branch.

Saskatoon Health Region:

Dr. Cordell Neudorf, Chief Medical Health Officer.

Canada Health Infoway Inc:

Mike Sheridan, Chief Operating Officer.

University of Manitoba:

Mark Smith, Associate Director, Repository at Manitoba Centre for Health Policy.

Public Health Agency of Canada:

Dr. Gregory Taylor, Director General, Office of the Public Health Practice.

Statistics Canada:

Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician

Seabird Island First Nation:

Carlene Brown, Daycare Supervisor;
Cheryl Suave, Staff;
Carolyne Neufeld, Health Director;
Fallon Ludman, Parent;
Bonnie Nichel, Parent;
Steven McKinnon, Technician.

Association nationale des centres d'amitié :

Peter Dinsdale, directeur exécutif.

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada :

Rosella Kinoshameg, présidente.

Le vendredi 27 mars 2009

L'Institut canadien d'information sur la santé :

Jean-Marie Berthelot, vice-président, Programmes;
Jean Harvey, directrice, Initiative sur la santé de la population canadienne.

Agriculture et Agroalimentaire Canada :

Christine Burton, directrice, Politique rurale et développement stratégique.

Santé Canada :

Karen Dodds, sous-ministre adjointe.

Acacia Consulting and Research :

Michel Frojmovic, directeur.

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé :

Vivek Goel, président-directeur général.

Institut canadien d'information sur la Santé :

Jean Harvey, directrice, Initiative sur la santé de la population canadienne.

Ministère des Finances de Terre-Neuve-et-Labrador :

Alton Hollett, sous-ministre adjoint, Direction de l'économie et de la statistique.

Régie régionale de la santé de Saskatoon :

Dr Cordell Neudorf, médecin-conseil en chef.

Infoway Santé du Canada Inc.

Mike Sheridan, chef de l'exploitation.

Université du Manitoba :

Mark Smith, directeur associé, Centre manitobain de la politique des soins de santé (répertoire).

Agence de la santé publique du Canada :

Dr Gregory Taylor, directeur général, Bureau de la pratique en santé publique.

Statistique Canada :

Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint.

Bande de Seabird Island :

Carlene Brown, directrice de service de garderie;
Cheryl Suave, employée;
Carolyne Neufeld, directrice de santé;
Fallon Ludman, parent;
Bonnie Nichel, parent;
Steven McKinnon, technicien.



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

Thursday, March 26, 2009

Health Canada:

Kathy Langlois, Director, Community Programs Directorate, First Nations and Inuit Health Branch;
Catherine Lyons, Director General, First Nations and Inuit Health Branch;
Shelagh Jane Woods, Director General, Primary and Public Health, First Nations and Inuit Health Branch.

Indian and Northern Affairs Canada:

Mary Quinn, Director General, Social Policy and Programs Branch.

University of Victoria:

Dr. Jeff Reading, Professor and Director, Centre for Aboriginal Health Research (by video conference).

National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization:

Debbie Dedam-Montour, Executive Director.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le jeudi 26 mars 2009

Santé Canada :

Kathy Langlois, directrice générale, Direction des programmes communautaires, santé des Premières nations et des Inuits;
Catherine Lyons, directrice générale, santé des Premières nations et des Inuits;
Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Affaires indiennes et du Nord Canada :

Mary Quinn, directrice générale, Direction générale de la politique sociale et des programmes.

Université de Victoria :

Dr Jeff Reading, professeur et directeur, Centre de recherche sur la santé des Autochtones (par vidéoconférence).

Organisations nationale des représentants indiens et inuit en santé communautaire :

Debbie Dedam-Montour, directrice exécutive.

(Suite à la page précédente)