



Third Session
Thirty-Seventh Parliament, 2004

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, March 31, 2004
Thursday, April 1, 2004

Issue No. 5

First and second meetings on:
Mental health and mental illness

First meeting on:

Bill C-24, An Act to amend
the Parliament of Canada Act.

APPEARING:

The Honourable Jacques Saada, P.C., M.P.,
Leader of the Government in the House of Commons
and Minister responsible for Democratic Reform

WITNESSES:
(See back cover)

Troisième session de la
trente-septième législature, 2004

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:

L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 31 mars 2004
Le jeudi 1^{er} avril 2004

Fascicule n° 5

Première et deuxième réunions concernant:
La santé mentale et la maladie mentale

Première réunion concernant:

Le projet de loi C-24, Loi modifiant
la Loi sur le Parlement du Canada.

COMPARAÎT:

L'honorable Jacques Saada, c.p., député,
leader du gouvernement à la Chambre des communes
et ministre responsable de la Réforme démocratique

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C. (or Rompkey, P.C.) Callbeck Cook Cordy Fairbairn, P.C. Keon	* Lynch-Staunton (or Kinsella) Morin Robertson Roche Rossiter Trenholme Counsell
--	--

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Change in membership of the committee.

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

The name of the Honourable Senator Trenholme Counsell was substituted for that of the Honourable Senator Léger (*March 30, 2004*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

* Austin, c.p. (ou Rompkey, c.p.) Callbeck Cook Cordy Fairbairn, c.p. Keon	* Lynch-Staunton (ou Kinsella) Morin Robertson Roche Rossiter Trenholme Counsell
--	--

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité:

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

Le nom de l'honorable sénateure Trenholme Counsell est substitué à celui de l'honorable sénateure Léger (*le 30 mars 2004*).

ORDERS OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of Friday, February 13, 2004:

The Honourable Senator LeBreton moved, seconded by the Honourable Senator Kinsella:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the Committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness;

That the papers and evidence received and taken by the Committee on the study of mental health and mental illness in Canada in the Second Session of the Thirty-seventh Parliament be referred to the Committee, and

That the Committee submit its final report no later than May 30, 2004.

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

ATTEST:

Extract from the *Journals of the Senate*, Monday, March 29, 2004:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Morin, seconded by the Honourable Senator Downe, for the second reading of Bill C-24, An Act to amend the Parliament of Canada Act.

After debate,

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

The Bill was then read the second time.

The Honourable Senator Morin moved, seconded by the Honourable Senator Fraser, that the Bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

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

ATTEST:

ORDRES DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du vendredi 13 février 2004:

L'honorable sénateur LeBreton propose, appuyée par l'honorable sénateur Kinsella,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, pour en faire rapport, les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le Comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur l'étude de la santé mentale et des maladies mentales par le Comité durant la deuxième session de la trente-septième législature soient déférés au Comité;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 30 mai 2004.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

ATTESTÉ:

Extrait des *Journaux du Sénat* du lundi 29 mars 2004:

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Morin, appuyée par l'honorable sénateur Downe, tendant à la deuxième lecture du projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu la deuxième fois.

L'honorable sénateur Morin propose, appuyé par l'honorable sénateur Fraser, que le projet de loi soit renvoyé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

ATTESTÉ:

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, March 31, 2004
(8)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 4:13 p.m. in room 160, Centre Block, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Fairbairn P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Morin and Roche (8).

Other senator present: The Honourable Senator Pépin (1).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Howard Chodos and Odette Madore.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Friday, February 13, 2004, the committee began its study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

WITNESSES:

From the Canadian Medical Association:

Dr. Sunil Patel, President;

Dr. Gail Beck, Acting Associate Secretary General.

From the Ontario Hospital Association:

Dr. Paul Garfinkel, Chair, Mental Health Working Group.

From the Canadian Psychiatric Association:

Dr. Blake Woodside, Chairman of the Board.

From the Canadian Nurses Association, the Canadian Federation of Mental Health Nurses and the Registered Psychiatric Nurses of Canada:

Ms. Nancy Panagabko, President, Canadian Federation of Mental Health Nurses;

Ms. Annette Osten, Board Member, Canadian Nurses Association.

From the Canadian Psychological Association:

Mr. John Service, Executive Director.

From the Canadian Association of Social Workers:

Mr. Stephen Arbuckle, Member, Health Interest Group.
Senator Roche made a statement.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 31 mars 2004
(8)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 13, dans la pièce 160 de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Morin et Roche (8).

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Pépin (1).

Également présents: Howard Chodos et Odette Madore, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le vendredi 13 février 2004, le comité entreprend son étude sur les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité est autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

TÉMOINS:

De l'Association médicale canadienne:

Le Dr Sunil Patel, président;

La Dre Gail Beck, secrétaire générale adjointe intérimaire.

De l'Ontario Hospital Association:

Le Dr Paul Garfinkel, président, Groupe de travail sur la santé mentale.

De l'Association des psychiatres du Canada:

Le Dr Blake Woodside, président du Conseil d'administration.

De l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale et l'Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada:

Mme Nancy Panagabko, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale;

Mme Annette Osten, membre du Conseil d'administration, Association des infirmières et infirmiers du Canada.

De la Société canadienne de psychologie:

M. John Service, directeur exécutif.

De l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux:

M. Stephen Arbuckle, membre, Groupe d'intérêt lié à la santé.
Le sénateur Roche fait un exposé.

Drs. Sunil Patel, Paul Garfinkel and Blake Woodside each made a presentation and answered questions with Dr. Gail Beck.

Nancy Panagabko, John Service and Stephen Arbuckle each made a presentation and answered questions with Annette Osten.

At 7:00 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, April 1, 2004
(9)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 11:04 a.m. in room 705 Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Fairbairn P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Lynch-Staunton, Morin and Trenholme Counsell (9).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Sam Banks.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Monday, March 29, 2004, the committee began its study on Bill C-24, An Act to amend the Parliament of Canada Act.

APPEARING:

The Honourable Jacques Saada, P.C., M.P., Leader of the Government in the House of Commons and Minister responsible for Democratic Reform.

WITNESSES:

From the Treasury Board Secretariat:

Ms. Joan Arnold, Director, Pensions Legislation Development, Pensions Division.

From the Privy Council Office:

Mr. Ron Wall, Director, Parliamentary Operations, Legislation and House Planning/Counsel;

Ms. Ginette Bougie, Director, Compensation and Classification.

From Cognos:

Ms. Marilyn Smith-Grant, Senior Human Resources Specialist;

Mr. Sean Reid, Senior Manager, Corporate Communications.

Les Drs Sunil Patel, Paul Garfinkel et Blake Woodside font chacun un exposé, puis répondent aux questions avec l'aide de la Dre Gail Beck.

Nancy Panagabko, John Service et Stephen Arbuckle font chacun un exposé, puis répondent aux questions avec l'aide d'Annette Osten.

À 19 heures, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le jeudi 1^{er} avril 2004
(9)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 04, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Lynch-Staunton, Morin et Trenhome Counsell (9).

Également présent: Sam Banks, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le lundi 29 mars 2004, le comité entreprend son étude du projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada.

COMPARAÎT:

L'honorable Jacques Saada, c.p., député, leader du gouvernement à la Chambre des communes et ministre responsable de la Réforme démocratique.

TÉMOINS:

Du Secrétariat du Conseil du Trésor:

Mme Joan Arnold, directrice, Élaboration de la législation, Division des pensions.

Du Bureau du Conseil privé:

M. Ron Wall, directeur des relations parlementaires, Planification de la législation et des travaux de la Chambre/avocat;

Mme Ginette Bougie, directrice, Rémunération et classification.

De Cognos:

Mme Marilyn Smith-Grant, spécialiste principale en ressources humaines;

M. Sean Reid, gestionnaire principal, Communications corporatives.

From the Public Service Alliance of Canada:

Mr. John Gordon, National Executive Vice-President;

Mr. James Infantino, Pensions and Disability Insurance Officer.

The Minister made a presentation and answered questions with Ginette Bougie and Ron Wall.

Marilyn Smith-Grant made a presentation and answered questions.

John Gordon made a presentation and answered questions.

At 12:43 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, April 1, 2004
(10)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 3:05 p.m. in room 257, East Block, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Fairbairn P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Morin and Trenholme Counsell (8).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Howard Chodos and Odette Madore.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Friday, February 13, 2004, the committee continued its study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

WITNESSES:

From the U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health:

Mr. Michael Hogan, Chair (by videoconference).

From the U.S. Campaign for Mental Health Reform:

Mr. William Emmet, Coordinator.

Michael Hogan and William Emmet each made a presentation and answered questions.

De l'Alliance de la Fonction publique du Canada:

M. John Gordon, vice-président exécutif national;

M. James Infantino, agent de pensions et d'assurance-invalidité.

Le ministre fait un exposé, puis répond aux questions avec l'aide de Ginette Bougie et de Ron Wall.

Marilyn Smith-Grant fait un exposé puis répond aux questions.

John Gordon fait un exposé puis répond aux questions.

À 12 h 43, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le jeudi 1^{er} avril 2004
(10)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 05, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Morin et Trenholme Counsell (8).

Également présents: Howard Chodos et Odette Madore, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le vendredi 13 février 2004, le comité poursuit son étude sur les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système des soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité est autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

TÉMOINS:

De la U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health:

M. Michael Hogan, président (par vidéoconférence).

De la U.S. Campaign for Mental Health Reform:

M. William Emmet, coordonnateur.

Michael Hogan et William Emmet font chacun un exposé puis répondent aux questions.

At 4:54 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

À 16 h 54, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTEST:

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,

Daniel Charbonneau

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, March 31, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 4:13 p.m. to study issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the Committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, I want to apologize to our witnesses for being late. There was a Royal Assent with the Governor General. We felt that we needed to be there to provide a corporal's guard, or whatever.

Before we start, this is Senator Roche's last committee meeting, after being with us for a long time, and through all our trials and tribulations in producing our original health care report. I know he would like to say several things before we start the hearing.

Senator Roche: I want to express my appreciation to the Chair, the Vice-Chair and all the members of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology for the many courtesies extended to me. Membership on this important committee has been extremely important to me. The health care study done by the committee has made an invaluable contribution to public understanding of complex issues and has, I hope, acted as a catalyst for the development and advancement of policies to strengthen Canada's health care system.

Before joining the committee, health care had not been one of the primary focal points of my life. I am still far from expert. However, I have learned a great deal through the processes of the committee, and for that I am deeply grateful.

This is one of the great committees of the Senate, well led by Senators Kirby and LeBreton. I am proud to have been a member. I am grateful also to Howard Chodos and Odette Madore, two perceptive researchers, and to Daniel Charbonneau, the clerk, and to others with whom I have been associated.

Mr. Chairman, I wish the committee well, particularly as you continue the important mental health care study.

The Chairman: Thank you very much, Senator Roche. I will say to the witnesses and the other people in the room — many of whom have been around the health care file a lot longer than the rest of us — that I am sure you found it amazing that we were able to reach a unanimous decision on all of the recommendations we have made on what is an otherwise extremely controversial subject, on which it is usually impossible to get two people to agree. It happened through all the people on the committee, particularly people such as Senator Roche. He is an independent

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 31 mars 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 13 pour étudier les questions qu'ont suscitées le dépôt de ce rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. Le comité doit être autorisé à examiner, en particulier, la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Mesdames et messieurs, je veux d'abord présenter des excuses à nos témoins. Si nous sommes en retard, c'est que nous avons assisté à une sanction royale accordée par la gouverneure générale. Nous pensions devoir en quelque sorte être ceux qui serviraient de garde.

Avant de commencer notre réunion, je vous signale que c'est la dernière séance de comité du sénateur Roche, qui nous suit depuis longtemps et qui a vécu toutes les péripéties menant au dépôt du premier rapport sur les soins de santé. Je sais qu'il va vouloir nous faire part de ses impressions avant les témoignages.

Le sénateur Roche: J'aimerais d'abord remercier le président, le vice-président et tous les membres du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie des marques de courtoisie dont ils ont fait preuve à mon égard. Participer à cet important comité m'a toujours tenu beaucoup à coeur. Je sais que l'étude sur les soins de santé effectuée par notre comité a énormément contribué à conscientiser la population sur ces questions complexes et a, je l'espère, servi de catalyseur pour l'élaboration et l'avancement de politiques destinées à renforcer le régime de soins de santé du Canada.

Avant de me joindre au comité, les soins de santé ne m'avaient jamais particulièrement intéressé. Et je suis aujourd'hui loin d'être un spécialiste de la question. Toutefois, j'ai beaucoup appris en cours de route et j'en remercie sincèrement le comité.

Ce comité-ci est l'un des grands comités du Sénat et est dirigé de main de maître par les sénateurs Kirby et LeBreton. Je suis très fier d'en avoir fait partie et je suis reconnaissant également à Howard Chodos et à Odette Madore, deux attachés de recherche perspicaces, ainsi qu'à Daniel Charbonneau, le greffier, et à d'autres aussi auxquels j'ai été associé dans le cadre du comité.

Monsieur le président, je souhaite bonne chance au comité, alors surtout qu'il poursuit son étude si importante sur les soins de santé mentale.

Le président: Merci beaucoup, sénateur Roche. Je signalerais aux témoins et à tous nos invités ici présents — dont beaucoup connaissent le dossier des soins de santé depuis bien plus longtemps que nous — qu'il est en effet extraordinaire d'avoir pu atteindre une décision unanime sur toutes les recommandations que nous avons faites sur ce sujet extrêmement controversé et sur lequel il est rare de trouver des opinions consensuelles. Celle-ci a été possible grâce à tous les membres du comité et particulièrement au sénateur Roche, qui a

member of the committee, was a member of the House of Commons for many years, and came to the Senate as an independent member. Our unanimity has been through the willingness of everyone to listen to other people's points of view, to be willing to debate issues and, ultimately, to reach consensus solutions that were not arrived at by trading off but by saying we have to take positions that are in the best interests of the Canadian public.

On behalf of us all, we will miss you, Senator Roche. It has been fun having you around. Thank you for holding our feet to the fire on several issues. We might very well have not ended up where we did had you not pushed so strongly for certain points of view — points of view that we all came to completely understand. I thank you very much for that.

I have been instructed by my colleague Senator Cook from Newfoundland that there is a reception for Senator Keon's replacement upstairs in the foyer that starts at 6:30 p.m. We will end sharp at seven o'clock because, as Senator Cook pointed out, an Upper Canadian like Senator Keon is finally being replaced by a Newfoundlander. The new head of the Ottawa Heart Institute is from Newfoundland. I say this as someone whose parents are Newfoundlanders: You do not keep a Newfoundlander waiting for a drink. I have been threatened that I must end promptly at seven o'clock. We will try to run on time today.

We have two panels, both of which include people who deal with the provision of mental health services. On the first panel, from the Canadian Medical Association, we have Dr. Sunil Patel and Dr. Gail Beck. We also have Dr. Paul Garfinkel, who is both Chair of the Mental Health Working Group of the Ontario Hospital Association and also the CEO of CAMH, the Centre for Addiction and Mental Health in Toronto, and Dr. Blake Woodside, Chairman of the Board of the Canadian Psychiatric Association.

Welcome to you all. Dr. Patel, you may begin.

Dr. Sunil Patel, President, Canadian Medical Association: Thank you. Honourable senators, I thank you for the opportunity to speak to you on the critical need to address mental health and mental illness in Canada. As the chair identified, I am joined today by my colleague, Dr. Gail Beck, who needs no introduction. She has served this community as well as the communities of Hamilton and Montreal for the last 20 years in the field of child psychiatry. She is very knowledgeable on issues being discussed today.

I want to talk briefly about the dimensions of the issues, the instruments available to government to address them, and the CMA's specific thoughts and recommendations on moving forward.

As the members of this committee know, the economic toll exacted by mental health disorders, including stress and distress, topped \$14 billion in 1998. The human cost, however, extends far beyond dollars and cents.

siégé comme sénateur indépendant au comité, après avoir été longtemps député à la Chambre des communes. L'unanimité a été possible parce que chacun d'entre nous acceptait d'écouter le point de vue d'autrui, de débattre les enjeux et de s'entendre sur des solutions consensuelles obtenues non pas par compromission mais par notre désir d'avoir toujours à coeur les intérêts supérieurs de la population canadienne.

Vous nous manquerez, sénateur. Je me fais le porte-parole de tous en disant que nous avons grand plaisir à vous avoir parmi nous. Merci de nous avoir mis sur la sellette à maintes reprises, car nous n'aurions peut-être pas abouti là où nous nous sommes rendus si vous n'aviez pas insisté pour faire valoir certains points de vue, que nous avons tous fini par comprendre. Merci infiniment de votre persistance.

Madame le sénateur Cook de Terre-Neuve m'informe qu'il y a une réception à 18 h 30 dans le foyer en l'honneur de la personne qui remplace le sénateur Keon. Nous allons donc terminer notre séance à 19 heures pile puisque, comme l'a signalé le sénateur Cook, le sénateur Keon, qui représente le Haut-Canada, se fait finalement remplacer par un Terre-Neuvien à l'Institut de cardiologie d'Ottawa. Si je le précise, c'est que mes parents étaient Terre-Neuviens et qu'on ne garde pas un Terre-Neuvien longtemps loin du bar. On m'a donc enjoint de mettre un terme à la séance à 19 heures pile, et je vais donc tenter de mener rondement la séance aujourd'hui.

Nous accueillons deux tables rondes regroupant chacune des gens qui dispensent des services en santé mentale. La première table ronde comprend le Dr Sunil Patel et la Dre Gail Beck, de l'Association médicale canadienne; le Dr Paul Garfinkel, qui préside le groupe de travail sur la santé mentale à l'Association des hôpitaux de l'Ontario et qui est aussi PDG du CTSM, le Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto; et enfin, le Dr Blake Woodside, président du conseil d'administration de l'Association des psychiatres du Canada.

Bienvenue à tous. Docteur Patel, vous avez la parole.

Le Dr Sunil Patel, président, Association médicale canadienne: Merci, honorables sénateurs, de me permettre de prendre la parole aujourd'hui au sujet de la nécessité critique de nous pencher sur les questions de santé mentale et de maladie mentale au Canada. Comme l'a signalé le président, la Dre Gail Beck, qui n'a pas besoin d'être présentée, m'accompagne aujourd'hui. Elle est bien connue de ce milieu-ci de même que ceux de Hamilton et de Montréal, puisque cela fait 20 ans qu'elle y oeuvre en pédopsychiatrie. Elle connaît donc très bien les questions dont on discutera aujourd'hui.

Je parlerai brièvement des dimensions des enjeux et des moyens dont le gouvernement dispose pour s'y attaquer. Je présenterai les réflexions spécifiques de l'AMC et ce qu'elle recommande pour aller de l'avant.

Comme les membres du comité le savent, les troubles de santé mentale, y compris le stress et la détresse, ont coûté plus de 14 milliards de dollars à l'économie en 1998. Le coût humain, toutefois, ne se mesure pas en dollars.

Estimates show that about one in five Canadians — close to six million people — will be affected by mental illness at some point in their lives. This number climbs still higher if one includes the serious problem of addiction to illicit drugs, alcohol, and even prescription drugs and tobacco. Yet, our society and health care system remains woefully inadequate in promoting mental health and in delivering care and treatment where and when needed. These systemic shortcomings have been exacerbated by the twin barriers of stigma and discrimination.

These barriers have a detrimental effect on recovery from mental illness and addictions by hindering access to services, treatment and acceptance in the community. This is especially unfortunate because the effective treatment exists for most mental illnesses and addictions.

Poor mental health affects all aspects a person's life and requires a collaborative approach. Family physicians, psychiatrists, psychologists, social workers, nurses, and other counsellors can be involved in one patient's mental health care. While family physicians can deal with a number of mental illnesses, most are not trained in the complicated medical management of severe mental illness. Many family physicians' offices are also not sufficiently resourced to deal with family counselling or related issues such as housing, education and occupational problems often associated with mental illness. As a family physician myself, I should be assured that when a patient's mental health care requires additional expertise, the appropriate resources are available for my patients and their families.

Physicians are striving to ensure that care is provided by the appropriate caregiver at the appropriate time. For example, the Shared Mental Health Care Initiative of the College of Family Physicians of Canada and the Canadian Psychiatric Association is designed to lead to better outcomes for patients. I know the committee will hear more about this initiative from the Canadian Psychiatric Association. I mentioned it now simply as a reminder that progress is being made and even more can be gained with the establishment of a national strategy to address mental illness and mental health.

Canada is the only G8 nation without such a national strategy. This oversight has contributed significantly to fragmented mental health services, chronic problems such as lengthy waiting lists for children's mental health services and dire health human resource shortages. A case in point is that there are no child psychiatrists in the northern territories, where such care is so desperately needed.

The fragmented state of mental health services in Canada did not develop overnight and it would be overly simplistic to say problems can be solved immediately. However, it is important to

Des estimations indiquent que la maladie mentale touchera un jour ou l'autre environ un Canadien sur cinq — soit près de 6 millions de personnes. Ce chiffre augmente encore lorsqu'on ajoute le problème sérieux de l'asservissement aux drogues illicites, à l'alcool et aux médicaments d'ordonnance de même qu'au tabac. Notre société et notre système de santé demeurent cependant cruellement inadéquats lorsqu'il s'agit de promouvoir la santé mentale et de dispenser des soins et des traitements en temps opportuns là où le besoin se fait sentir. Les obstacles jumelés que constituent le stigmatisme et la discrimination ont exacerbé les carences du système.

Ces obstacles ont un effet néfaste sur le rétablissement à la suite d'une maladie mentale et d'une toxicomanie, car ils nuisent à l'accès aux services et aux traitements ainsi qu'à l'acceptation de la communauté. Cette situation est particulièrement malheureuse puisqu'il existe des traitements efficaces contre la plupart des maladies mentales et des toxicomanies.

Les problèmes de santé mentale touchent tous les aspects de la vie d'une personne, et c'est dans ce domaine que les soins peuvent le plus bénéficier de la collaboration des prestataires. Les médecins de familles, les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux, les infirmières et les conseillers peuvent tous participer aux soins de santé mentale d'un patient. Les médecins de famille sont en mesure de prendre en charge plusieurs maladies mentales, mais pour la plupart, ils ne possèdent pas la formation nécessaire pour assurer le traitement médical complexe des maladies mentales graves. La plupart des cabinets de médecins ne sont pas bien équipés non plus pour faire du counselling familial ou s'occuper des problèmes de logement, d'éducation et de travail souvent associés à la maladie mentale. Moi-même, comme médecin de famille, je dois pouvoir compter sur des ressources adéquates lorsqu'il me faut avoir recours à d'autres experts pour prendre en charge les soins de santé mentale d'un patient.

Les médecins s'efforcent de faire en sorte que les soins appropriés soient dispensés au moment opportun par le prestataire adéquat, comme dans le cas du Groupe de travail sur les soins de santé mentale du Collège des médecins de famille du Canada et de l'Association des psychiatres du Canada, créé dans le but de produire de meilleurs résultats chez les patients. Je sais que le comité en entendra davantage sur cette initiative de la part de l'Association des psychiatres du Canada. J'en parle maintenant simplement pour rappeler que l'on fait des progrès et que l'on pourrait en faire encore davantage en établissant un plan d'action national sur la maladie mentale et la santé mentale.

Le Canada est le seul pays du G-8 à ne pas avoir une stratégie nationale. Cette lacune a contribué considérablement à la fragmentation des services de santé mentale, à des problèmes chroniques comme la longueur des périodes d'attente pour les services de santé mentale pour enfants et à la pénurie criante de ressources humaines de la santé. En voici un exemple évident: aucun psychiatre pour enfant ne dessert les territoires du Nord, qui en auraient pourtant si désespérément besoin.

La fragmentation des services de santé mentale au Canada n'a pas fait son apparition du jour au lendemain, et il serait excessivement simpliste de dire qu'il est possible de résoudre les

understand there are means available to the federal government to better meet its obligations with respect to surveillance, prevention of mental illness, and promotion of mental health.

The way forward has been clearly described by the Canadian Alliance for Mental Illness and Mental Health, and the October 2002 National Summit on Mental Health and Mental Illness, hosted by the CMA and the Canadian psychological and psychiatric associations. This gathering helped define the form that a national strategy should take.

Participants recommended a focus on national mental health goals — a policy framework that includes research, surveillance, education, mental health promotion, health human resources, adequate and sustained funding, and an accountability mechanism. In addition to a national strategy, the CMA believes it is also important to recognize the deleterious effect of the exclusion of a hospital or institution primarily for the mentally disordered from the application of the Canada Health Act.

Simply put, how are we to overcome stigma and discrimination if we validate these sentiments in our federal legislation? The CMA firmly believes the development of a national strategy and action plan on mental health and mental illness is the single most important step that can be taken on this issue.

The plan also requires support — wheels, if you will — to overcome the inertia that has foiled attempts thus far. Those wheels come in the form of five specific actions that are listed at the back of the presentation before you. However, to summarize, they would include amending the Canada Health Act to include psychiatric hospitals; adjusting the Canada Health transfer to provide for these additional insured services; re-establishing an adequately resourced federal organizational unit focused on mental illness and mental health and addictions; the review of federal health policies and programs to ensure the mental illness is on par, in terms of benefits, with other chronic diseases and disabilities; and finally, an effective national public awareness strategy to reduce the stigma associated with mental illness and addictions in Canadian society.

While my remarks have focused on the broad status of mental health initiatives in Canada, the mental health status of Canadian health care providers is also of concern to the CMA.

In recent years, evidence has shown that physician stress and dissatisfaction is rising and morale is low. The CMA's 2003 physician resource questionnaire found that 45.7 per cent of

problèmes sur-le-champ. Il importe toutefois de comprendre que le gouvernement fédéral dispose de moyens pour mieux s'acquitter de ses obligations en ce qui a trait à la surveillance, à la prévention des maladies mentales et à la promotion de la santé mentale.

Des efforts déployés par l'Alliance canadienne de la maladie mentale et de la santé mentale et par le Sommet national sur la maladie mentale et la santé mentale organisé en octobre 2002 par l'AMC, ainsi que ceux déployés par la Société canadienne de psychologie et l'Association des psychiatres du Canada, ont balisé clairement la voie à suivre. Ces interventions ont aidé à définir la forme que devrait avoir une stratégie nationale.

Les participants ont recommandé de concentrer les efforts sur les buts nationaux en matière de santé mentale, un cadre stratégique qui inclut la recherche, la surveillance, l'éducation, la promotion de la santé mentale et un plan de gestion des ressources en santé, un financement suffisant et viable et un mécanisme de reddition des comptes. Outre le plan d'action national, il importe aussi de reconnaître l'effet nocif de l'exclusion de la Loi canadienne sur la santé des hôpitaux ou établissements destinés principalement aux personnes atteintes de troubles mentaux.

Autrement dit, comment arriverons-nous à surmonter le stigmata et la discrimination si nous les validons dans la législation fédérale? L'AMC est convaincue que l'élaboration d'une stratégie nationale et d'un plan d'action sur la santé mentale et la maladie mentale constitue l'étape la plus importante à franchir en la matière.

Le plan a aussi besoin d'appui, de roues pour ainsi dire, pour surmonter l'inertie à laquelle se sont butées les tentatives faites jusqu'à maintenant. Ces roues prennent la forme de cinq interventions précises, énoncées à l'endos du mémoire, dont voici le résumé. Il faudrait modifier la Loi canadienne sur la santé pour inclure les hôpitaux psychiatriques; rajuster le Transfert canadien en matière de santé pour prévoir que le gouvernement fédéral partage à la fois l'investissement ponctuel et le coût continu des services assurés supplémentaires; rétablir, à Santé Canada ou à la nouvelle agence canadienne de la santé publique, un service doté de ressources adéquates qui s'occupera uniquement de la santé mentale et des toxicomanies; réviser les politiques et programmes fédéraux sur la santé pour faire en sorte que la maladie mentale se trouve sur le même pied que d'autres maladies et incapacités chroniques pour ce qui est des prestations; et mettre en place une stratégie nationale efficace de sensibilisation de la population afin d'atténuer le stigmata associé aux maladies mentales et aux toxicomanies dans la société canadienne.

Mes propos ont porté sur la situation générale des initiatives en matière de santé mentale au Canada, mais l'état de santé mentale des prestataires de soins de santé du Canada préoccupe aussi l'AMC.

Depuis quelques années, les preuves démontrent que le stress et l'insatisfaction sont à la hausse et que le moral est bas chez les médecins. L'édition 2003 du questionnaire sur les effectifs

physicians are in an advanced state of burnout. Physicians — particularly women physicians — appear to be at a higher risk of suicide than the general population.

The CMA has been involved in a number of activities to address this situation, including last year's launch of the Centre for Physician Health and Well-being. That centre functions as a clearinghouse and coordinating body to support research and provide trusted information to physicians, physicians in training and their families. A first activity of the centre was to provide, through partnership with the CIHR's Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, \$100,000 in physician health research funding.

This funding is currently supporting two research projects. One will develop a guide of common indicators for Canadian physician health programs. This will generate a national profile of the physicians who use the programs, the services provided and their outcomes. The second will study the psychodynamics and physicians' work to allow for a better understanding of the dynamics of problems such as stress, burnout, addiction and violence in the workplace.

These efforts must be bolstered. Other health providers are also impacted by mental illness and need support. The health care provider community needs help in terms of the reduction of stigma, access to resources, and supportive environments.

I know some of what I have said today will have been familiar to members of the committee, given the impressive list of round tables, witness testimony, and submissions that you have reviewed already as part of your study on mental health. I only hope my comments will be of help in your important efforts, and lead to real progress in addressing the largely unmet mental health and mental illness needs in Canada.

I would direct you once again to the presentation we made to you and the document that has our five recommendations for action. Thank you.

Dr. Paul Garfinkel, Chair, Mental Health Working Group, Ontario Hospital Association: Thank you, Mr. Chairman, for the opportunity to have the OHA comment on issues related to mental health and mental illness.

I would like to begin by reinforcing the urgent need for action. As you have just heard, 20 per cent of Canadians will experience a mental illness or substance abuse problem at some point in their lives — 3 per cent a serious, persistent form of mental illness. Mental illness accounts for between 13 per cent and 14 per cent of disability worldwide, and the share of disability is increasing.

médicaux de l'AMC a révélé que 45,7 p. 100 des médecins sont en état d'épuisement avancé. Les médecins, et en particulier les femmes médecins, semblent plus exposés au suicide que la population en général.

L'AMC a participé à de nombreuses activités à cet égard, y compris au lancement, l'année dernière, du Centre pour la santé et le mieux-être des médecins. Ce centre d'information est une entité de coordination qui appuie la recherche et fournit de l'information digne de confiance aux médecins, aux étudiants en médecine et aux membres de leur famille. Une des premières activités du centre a consisté à fournir, dans le contexte d'un partenariat avec l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, 100 000 \$ en financement pour la recherche sur la santé des médecins.

Ce financement subventionne actuellement deux projets de recherche. Le premier vise à créer un guide d'indicateurs communs à l'intention des programmes de santé des médecins du Canada. Le projet créera un profil national des médecins qui ont recours aux programmes, des services offerts et de leurs résultats. Le deuxième projet porte sur la psychodynamique du travail du médecin afin de permettre de mieux comprendre la dynamique des problèmes comme le stress, l'épuisement, la toxicomanie et la violence au travail.

Il faut appuyer ces efforts — d'autres prestations de soins de santé sont aussi touchées par la maladie mentale et ont besoin d'aide. La communauté des soins de santé a besoin d'aide sur les plans de la réduction du stigmatisation, de l'accès aux ressources et des environnements d'appui.

Je sais qu'une partie des questions que j'ai abordées aujourd'hui sont familières aux membres du comité, étant donné la liste impressionnante des tables rondes qui ont eu lieu, de témoignages que vous avez déjà entendus et des mémoires que vous avez reçus dans le contexte de votre étude sur la santé mentale. J'espère seulement que mes commentaires éclaireront vos efforts importants et déboucheront sur des progrès réels vers la satisfaction des besoins auxquels, pour la plupart, on ne répond pas dans les domaines de la santé mentale et des maladies mentales au Canada.

Je vous recommande à nouveau à vous reporter au document que nous vous avons fait parvenir dans lequel vous trouverez nos cinq interventions recommandées. Merci.

Le Dr Paul Garfinkel, président du Groupe de travail sur la santé mentale, Association des hôpitaux de l'Ontario: Merci, monsieur le président, de permettre à notre association de participer à votre réflexion sur la santé mentale et la maladie mentale.

J'aimerais d'abord répéter qu'il est urgent pour vous d'agir. Comme vous l'avez entendu dire, 20 p. 100 des Canadiens souffriront d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie au cours de leur vie; 3 p. 100 d'entre eux souffrent d'une maladie mentale grave persistante. Les maladies mentales comptent pour environ 13 à 14 p. 100 des invalidités à l'échelle mondiale, et cette proportion ne cesse d'augmenter.

The most important statistic I can give you about mental illness is that more than two-thirds of people who need care get absolutely no care at all. For children, the elderly and immigrants, the figures are worse than that. Despite these numbers, mental health care is largely absent from health care reform initiatives.

Government investment in mental health care services is desperately needed. In Ontario last year, just over 4 per cent of the health care budget was spent on mental health — the same percent of the health budget in 1984. Only 1 per cent of Ontario's health care funding serves community-based mental health care services.

We believe it is extremely important to bring mental health into the mainstream. People with mental illnesses should be treated as any other people with suffering and pain. The Canada Health Act has excluded people who are in mental hospitals, reflecting the stigma of the times in which it was drafted. We feel there should be building on the work already under way through the First Ministers' Accord: Mental health and addictions should be included in a national home care program; we need to address the needs of people with mental illness for access to prescription drug use; and we need to include mental illness and substance abuse within primary care reform initiatives.

We see five priorities for action. The first is an investment in community-based mental health care services. There are many reasons for this — they are listed in my handout to you — including humane and economic ones. This community-based care has to include peer support, and family and consumer advocacy initiatives. We must listen to the knowledge and experience of those who have experienced these illnesses.

Critical investments are required for early intervention to improve access. As I said, over two-thirds of the patients who need care receive absolutely none. Some do not realize they are ill. Some are frightened off by the stigma. At times, the primary physician does not recognize the illness, and other times, the resources are not available. Early intervention is critical for outcome.

Housing, income and employment support are very important to the outcome to these disorders. We also need to improve access to remote care. For example, video conferencing is extremely effective. Studies of video conferencing show that the outcomes can be as good as direct office visits.

We also have a special problem reflecting people with both substance abuse and mental illness. About 40 per cent of people with substance abuse problems have this kind of concurrent disorder. Few people in this country are trained to deal with these shared problems.

Mais voici le chiffre le plus important en matière de maladie mentale: plus de deux tiers de ceux qui nécessitent des soins ne reçoivent jamais d'aide. Or, les chiffres sont encore pires chez les enfants, les personnes âgées et les immigrants. Et malgré ces chiffres, les soins de santé mentale sont largement absents dans les initiatives de réforme des soins de santé.

Il faut de toute urgence que l'État investisse dans les soins de santé mentale. L'an dernier, en Ontario seulement, un peu plus de 4 p. 100 du budget de santé est allé à la santé mentale — le même pourcentage qu'en 1984. Seulement 1 p. 100 du budget de santé de l'Ontario est allé aux services communautaires de santé mentale.

Il est urgent d'inclure la santé mentale dans les soins de santé généraux. Ceux qui souffrent de maladies mentales doivent être traités tout comme les autres qui souffrent d'autres maladies. La Loi canadienne sur la santé a exclu ceux qui se retrouvent dans des hôpitaux pour maladies mentales, ce qui illustre encore le stigmatisme qui existait à l'époque de sa rédaction. Il faut, à notre avis, bâtir sur ce qui se fait déjà dans le cadre de l'accord des premiers ministres: il faut inclure la santé mentale et les toxicomanies dans un programme national de soins à domicile; il faut assurer l'accès des malades mentaux à l'assurance-médicaments; et il faut inclure la maladie mentale et les toxicomanies dans les initiatives de réforme des soins primaires.

Nous proposons cinq mesures à prendre en priorité. D'abord, investir dans les services communautaires de santé mentale, ce qui s'explique par les raisons qui se trouvent énumérées dans la présentation que je vous ai distribuée et qui inclut des raisons humanitaires et économiques. Ces soins dans la collectivité doivent englober le soutien par les pairs, de même que les initiatives familiales et de protection des consommateurs. Il nous faut écouter ceux qui ont vécu ces maladies et qui en ont donc la connaissance et l'expérience.

L'investissement est crucial pour permettre l'accès aux soins de façon précoce. Comme je le disais, plus de deux tiers des patients qui ont besoin de soins ne reçoivent absolument aucune aide. Certains ne savent même pas qu'ils sont malades et d'autres craignent le stigmatisme. Parfois, il arrive que le premier médecin rencontré ne reconnaisse pas la maladie, et parfois aussi, ce sont les ressources qui ne sont pas disponibles. Une intervention précoce est donc essentielle pour obtenir des résultats.

Pour soigner avec succès ces maladies, il faut aussi investir dans le logement, le soutien du revenu et l'emploi. Il faut également prévoir l'accès aux soins en région éloignée. Il semble, notamment, que les vidéoconférences donnent d'excellents résultats. D'après nos études de ce système, les résultats peuvent être aussi bons que s'il s'agissait d'une visite directe au cabinet du médecin.

Les gens qui souffrent à la fois de troubles mentaux et de toxicomanie posent un problème spécial. Environ 40 p. 100 de ceux qui sont toxicomanes souffrent également d'autres maladies concomitantes. Or, peu de médecins canadiens sont formés pour traiter ces problèmes simultanés.

Our second priority relates to integration and continuity of care. Currently, the system is fragmented, with huge gaps in service. We have long waits for treatment. At the facility that I work in, someone with an obsessive-compulsive disorder, autism or a developmental handicap with a mental illness can wait for months for assessment. In many regions of the country, however, key services are just not available.

We lack standardization of core services in mental health, and people have difficulty accessing services or moving from one part of the system to the next. We believe that models for integration should be flexible and tailored to the needs of the local community. The models have to be client-centred and end the divide between physical and mental health. They need to enhance collaboration to meet the needs of people with a variety of problems, including those who have both a mental illness and a substance abuse problem. A great deal of attention has to be provided to the issue of information, sharing of information and use of information technology in this sector.

Our third priority is the national strategy. As you have just heard, Canada lags behind other countries. In Australia in 1992, a national strategy was adopted. The United States, in 1999, made a commitment to improve mental health for all the people in their country.

In our view, the national strategy should have a number of components. The first issue is public education, health promotion and anti-stigma work. This is education for the general public using role models and other means of education: education in school and of health professionals who often share in perpetuating the stigma. The second issue is research. The third is information and data collection. The fourth is a human resources strategy, as you have heard, and the final is a national policy framework that defines the roles of various governments and ministries.

Our fourth priority is to set national standards. In this respect, we are talking about building capacity in the system through education: education of nurses, psychologists, social workers, occupational therapists, and of family physicians who do need more training in order to take on some of the difficult problems our patients present with.

Similarly, research and development becomes a very important part of the national strategy. We have learned more about the brain in last 10 years than we learned in the previous 100. We have also learned about interpersonal and inter-societal functioning. We have much better research methodology. However, we have challenges relating to how new knowledge is implemented and how this affects day-to-day practice through the country.

En deuxième priorité, nous proposons l'intégration et la continuité des soins. Le système est présentement fragmenté et présente de nombreuses lacunes dans les services. Les listes d'attente sont longues. Là où je travaille, celui qui souffre d'un trouble obsessionnel compulsif, d'autisme ou d'un retard de développement dû à une maladie mentale peut attendre des mois avant d'être évalué. Dans bien des régions du pays, les services essentiels ne sont tout simplement pas disponibles.

On constate un manque de normalisation des services fondamentaux de santé mentale, et les gens ont du mal à accéder aux services ou sont renvoyés d'un service à l'autre. Les modèles d'intégration devraient être flexibles et adaptés aux besoins locaux. Il faut donc qu'ils soient axés sur les clients et que l'on mette fin à la dichotomie qui existe entre santé physique et santé mentale. La collaboration doit être plus grande pour répondre aux besoins de ceux qui souffrent d'une variété de problèmes, notamment de ceux qui souffrent à la fois d'une maladie mentale et de toxicomanie. Il faudrait s'attarder au problème de partage d'information et d'utilisation de la technologie de l'information dans ce secteur.

La troisième priorité, c'est une stratégie nationale. On vous l'a déjà dit: le Canada est en retard sur d'autres pays. L'Australie a déjà adopté une stratégie nationale en 1992. En 1999, ce sont les États-Unis qui se sont engagés à améliorer la santé mentale de tous les Américains.

Le plan d'action national doit comprendre un certain nombre d'éléments. Le premier, c'est l'information de la population, la promotion de la santé, et la lutte contre la stigmatisation. On parle ici d'informer la population en utilisant des modèles à qui les gens peuvent s'identifier, et d'autres moyens aussi d'éducation: je parle ici de l'éducation dans les écoles et de l'éducation des professionnels de la santé qui jouent aussi un rôle dans la perpétuation du stigmate. Le deuxième élément, c'est la recherche. Le troisième, ce sont les systèmes d'information et de collecte de données. Le quatrième, c'est la stratégie des ressources humaines en santé, dont on vous a déjà parlé; et le dernier élément, c'est un cadre de politique nationale qui définit les rôles des divers gouvernements et ministères.

Fixer des normes nationales, c'est notre quatrième priorité. À cet égard, il s'agit de développer les capacités du système par le truchement de l'éducation: celle des infirmières, des psychologues, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes et des médecins de famille qui ont en effet besoin d'être mieux formés pour pouvoir soigner certains des problèmes difficiles que présentent leurs patients.

La R et D est un aspect très important de cette stratégie nationale. Au cours des dix dernières années, nous avons plus appris sur le cerveau qu'au cours du siècle dernier. Nous avons aussi beaucoup appris sur les relations interpersonnelles et sur le fonctionnement à l'intérieur de la société. Nos méthodes de recherche se sont grandement améliorées. Toutefois, des défis se posent en matière de mise en application des nouvelles connaissances et de leurs répercussions sur la pratique quotidienne des médecins d'un bout à l'autre du Canada.

We do believe that federal funding should be targeted to research and development dealing with treatment innovations, developing benchmarks to aid and strengthen accountability, and in developing information systems in assisting with data collection.

Finally, our fifth priority is federal funding for Aboriginal services. As you know, the mental health and addiction services needs for the Aboriginal population continue to increase. The suicide rate amongst Aboriginals in Canada is five times that of the rest of the country. Programs and services for Aboriginal people are disjointed, uncoordinated or nonexistent. At the hospital where I work, we have five people serving a very significant population in downtown Toronto, probably 50,000 to 70,000 people. There is an urgent need for culturally appropriate mental health and addiction services for this community. Federal funding is critical to provide community support such as housing, education and employment, which is so fundamental to treatment and recovery. We need to provide appropriate community mental health supports to assist Aboriginal communities to develop services to address their own needs.

In conclusion, the lack of progress in the mental health and addictions world is a reflection of stigma. It would not be tolerated for other illnesses of similar severity or prevalence. The federal government can play a key role and ensure mental health and addictions are included in a reformed health care system. There should be a lead taken to develop a national strategy on mental health and addictions. Set national standards in education and research, investment in community-based services, and support efforts to create a more integrated and seamless system of care.

Dr. Blake Woodside, Chairman of the Board, Canadian Psychiatric Association: Mr. Chairman and members of the committee, in addition to being chairman of the board of Canadian Psychiatric Association, I am a clinician and researcher. I run the in-patient anorexia program at the Toronto General Hospital in Toronto. I grapple with these issues on a day-to-day basis.

I will be very brief with the first part of my presentation, because much of it is similar to what has already been said, and I will move reasonably promptly to our recommendations about how we can build on the work that has been done to this point and try to be as specific as possible.

The Canadian Psychiatric Association represents 3,000 psychiatrists across the country. It is a voluntary association. We have been around for about 55 years. We are interested in facilitating the development of the best possible forms of mental health care in the country for the benefit of the citizens of the country.

Les fonds du gouvernement fédéral devraient servir à la R et D de traitements novateurs, à l'établissement des points de repère pour améliorer et renforcer le système de reddition de comptes, et à la mise au point de systèmes d'information pour faciliter la collecte de données.

Enfin, notre cinquième priorité vise le financement fédéral des services aux Autochtones. Vous savez bien que les besoins des Autochtones en matière de santé mentale et de toxicomanie ne cessent d'augmenter. Le taux de suicide chez les Autochtones canadiens est cinq fois plus élevé qu'ailleurs au pays. Les programmes et services destinés aux Autochtones sont disjointes, non coordonnés ou inexistantes. L'hôpital où je travaille ne compte que cinq personnes desservant 50 000 à 70 000 personnes, ce qui représente une population importante dans le centre-ville de Toronto. Il faut de toute urgence des services de santé mentale et de toxicomanie qui tiennent compte des spécificités culturelles de cette population. Le financement du gouvernement fédéral est essentiel pour assurer des soutiens communautaires tels que le logement, l'éducation et l'emploi qui revêtent une grande importance dans le traitement et le rétablissement. Enfin, il faut assurer des soutiens communautaires en santé mentale afin d'aider les collectivités autochtones à se doter de services qui répondent à leurs propres besoins.

En guise de conclusion, je dirais que l'inaction en santé mentale tient à la stigmatisation: elle ne serait pas tolérée pour d'autres maladies aussi graves ou répandues. C'est pourquoi le gouvernement fédéral peut jouer un rôle essentiel en assurant l'inclusion de la santé mentale et des toxicomanies dans un système de santé réformé. Le gouvernement doit prendre l'initiative d'établir une stratégie nationale de santé mentale. Il doit fixer des normes nationales en matière d'éducation et de recherche, et investir dans les services et les soutiens communautaires pour mettre en place un système de soins mieux intégré et sans hiatus ni rupture.

Le Dr Blake Woodside, président du Conseil d'administration, Association des psychiatres du Canada: Monsieur le président et mesdames et messieurs du comité, en plus de mon poste de président du conseil d'administration de l'Association des psychiatres du Canada, je suis également clinicien et chercheur. Je dirige le programme d'hospitalisation des patients anorexiques à l'Hôpital général de Toronto, à Toronto. Je fais donc face à ces problèmes quotidiennement.

Mon exposé sera très bref, car je ne ferais que répéter ce qui vous a déjà été dit. Je vais donc passer assez vite à nos recommandations sur la façon dont le gouvernement peut miser sur ce qui a déjà été fait jusqu'ici. J'essaierai d'être le plus précis possible.

L'Association des psychiatres du Canada représente 3 000 psychiatres partout au Canada. Nous sommes une association bénévole qui existe depuis quelque 55 ans. Nous voulons faciliter le développement des meilleures formes de soins possibles en santé mentale, pour aider nos citoyens.

Partnerships are very important to us. There is a long tradition in psychiatry of working in teams or groups. We have known for decades that we cannot do it all, so our partnerships with groups such as the Canadian Alliance for Mental Illness and Mental Health are extremely important for us.

Psychiatrists have a large number of roles to play — perhaps larger than some of you realize. In addition to the clinical practice, psychiatrists are very involved in teaching, research and administration — in some cases increasingly involved in administration. These multiple roles lead to increasing challenges for psychiatrists on day-to-day basis.

One of the most difficult challenges that psychiatrists face is what Dr. Pamela Forsythe, from New Brunswick, has called the “snakes and ladders” of mental health care. For example, you are a graduate student from Alberta doing your masters degree in Ottawa. You roll a three, and you develop bipolar disease; that is a “snake.” Then you roll a four, and you are admitted to the Royal Ottawa Hospital, one of the leading institutions for treatment of bipolar disease in the country; that is a ladder. Then you roll a two and go along for a couple of months. Then three months have passed and Alberta will no longer pay for your treatment. The ROH discharges you. That is a six, and you go down another snake.

Is there any part of health care in this country where something like that would happen? Would we tolerate that occurring with any other illness in this country? Why is it happening now with people with bipolar disease? A particular problem that psychiatrists face is trying to manage frankly bizarre and Byzantine rules about the provision of what should be a very basic provision of health care services.

In respect of their treatment goals, psychiatrists want to reduce disability, dysfunction and death. It is important to recognize that death through suicide claims the lives about 4,000 people in Canada per year — that is every year; it is a really big problem. We are not just talking about the “worried well.” We are talking about people with severe and persistent mental illness, a substantial number of who die from their illnesses every year.

Dr. Garfinkel and Dr. Patel have reviewed the spectrum of need that is present for people with mental illnesses. I will briefly recap, because it helps formulate how you try to attack this problem and reform the mental health system.

People have different needs across the lifespan; children have different needs than seniors and middle aged adults. Different communities have different needs. Aboriginal communities and rural and remote communities have different needs. Women have different needs than men. Cultural groups have specific needs.

Les partenariats nous tiennent beaucoup à coeur, et ils constituent une tradition de longue date en psychiatrie, où on trouve des équipes et des groupes de travail. Cela fait plusieurs décennies que nous avons appris que nous ne pouvons pas tout réussir par nous-mêmes, et c’est pourquoi nos partenariats avec des associations telle que l’Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale nous tiennent beaucoup à coeur.

Les psychiatres doivent jouer plusieurs rôles — plus que vous ne le sauriez. Outre leur pratique clinique, les psychiatres doivent enseigner, faire de la recherche et de l’administration, et leurs tâches administratives sont parfois de plus en plus prenantes. Cette multiplicité des rôles pose un défi accru pour les psychiatres dans leur quotidien.

L’un des défis les plus ardues pour les psychiatres, c’est justement ce que la Dre Pamela Forsythe du Nouveau-Brunswick appelle le jeu des serpents et échelles des soins de santé mentale. Supposons que vous soyez un étudiant albertain inscrit à la maîtrise à Ottawa. Si vous jouez aux dés, obtenez un trois et développez la maladie bipolaire, ce serait considéré comme un serpent. Puis, si vous obtenez un quatre, vous pourriez être admis à l’hôpital Royal d’Ottawa, l’une des institutions les plus en vue pour le traitement des troubles bipolaires au Canada; ce serait une échelle pour vous. Puis, toujours avec le dé, vous obtenez un deux et suivez vos traitements pendant deux mois. Au bout de trois mois, l’Alberta refuse de continuer à payer votre traitement et vous recevez votre congé de l’hôpital. Vous avez donc frappé un six aux dés et descendu le long d’un autre serpent.

Pourrait-on dire la même chose de quelqu’autre domaine de la santé au Canada? Tolérerions-nous cette situation pour toute autre maladie dans notre pays? Pourquoi tolère-t-on chez ceux qui souffrent du trouble bipolaire? Or, on demande aux psychiatres de s’y retrouver dans cet amalgame de règles bizarres et parfois franchement obscures qui régissent des soins de santé qui devraient être offerts à tous.

L’objectif du traitement dispensé par le psychiatre, c’est de réduire les incapacités, les dysfonctions et la mortalité. Il est important de savoir que les cas de mortalité par suicide se chiffrent à 4 000 au Canada par an: c’est énorme! Nos patients ne sont pas uniquement les biens portants qui ont des préoccupations. Nos patients, se sont des gens qui souffrent de maladies mentales graves et persistantes qui les tuent en grand nombre chaque année.

Les Drs Garfinkel et Patel ont revu pour vous l’ensemble des choses dont avaient besoin ceux qui souffrent de maladies mentales. Je ferai une brève récapitulation, car elle vous aidera à mieux formuler la stratégie nécessaire en vue d’attaquer ce problème et de réformer le système de santé mentale.

Chez chacun, les besoins diffèrent selon le cycle de vie: les enfants n’ont pas les mêmes besoins que les personnes âgées ou que les adultes d’âge moyen. Les besoins diffèrent en fonction des milieux. En effet, les collectivités autochtones et les collectivités rurales et éloignées ont des besoins différents. Les besoins des

Individuals in federal prisons have a particular collection of needs that are not addressed at the present time.

There is also the continuum of severities. Psychiatrists are sufficiently short in number in this country that we mainly see very ill people; we do not have the time to see the worried well. We are too busy for that. People do not understand that.

That forensic population is a real problem that you need to think about carefully. The resources required to deal with people in federal prisons will just be enormous. That is something that nobody wants to talk about, currently.

You know about the scope of the need. You know about the rates of disability related to mental health. You know that treatment makes a difference. You know that most people do not get treatment. You know that mental health is more than physicians giving out pills to people who are sick. It includes housing, social support, vocational rehabilitation — all of that stuff. You know that one of the biggest problems in the provision of mental health is the systematic discrimination that is applied to individuals with mental disorders in our society.

We often use the word “stigma.” In my opinion it is discrimination. That woman from Alberta was discriminated against on the basis of her medical diagnosis. This is one of the last areas in our society where it is acceptable to discriminate against people on the basis of their medical condition. That simply has to change.

I use the word “discrimination” rather than “stigma” because stigma is about shame. There is not much you can do about being ashamed except get over it. Discrimination is something we can take action about. We have taken action about many issues in our society in the past couple of decades and this in one we need to address now.

Everyone in this room agrees that it is time to act. We have spent 40 years drifting from the move to asylums to community-based treatment. It is time to make changes in the mental health care system and make it a major priority for policy-makers in this country.

In the year 2020, depression will comprise half of the disability in the industrialized world is not all that far off. You have heard that we are the only major industrialized country that does not have a national plan for mental health. In our view, that is a profound problem for us as Canadians.

The first step in our view has been the call for a national plan for mental health put out by the Canadian Alliance of Mental Illness and Mental Health. I believe that you have a copy of that. This was derived by a national group with stakeholders from all over the country. We managed to come to a consensus, which was an amazing feat, just as your committee managed to come to a consensus. As you know, the four action areas in the call for

femmes ne sont pas les mêmes que ceux des hommes. Chaque groupe culturel a des besoins spécifiques. Ceux qui sont incarcérés dans les prisons fédérales ont une série de besoins qu'on ne comble certainement pas à l'heure qu'il est.

Il existe également un processus continu dans la gravité des maladies. Il y a si peu de psychiatres au Canada qu'ils ne traitent que les gens très malades, car ils n'ont pas le temps de traiter les préoccupations des biens portants. Ils sont beaucoup trop occupés pour cela. Or, cette réalité échappe à la plupart des gens.

Vous devrez songer sérieusement aux besoins que peuvent avoir toutes les personnes nécessitant des services de psychiatrie légale. Les ressources nécessaires pour traiter les incarcérés seront énormes. Or, on ne veut surtout pas en parler actuellement.

Vous connaissez la gamme des besoins. Vous connaissez aussi la proportion d'incapacité due à des maladies mentales. Vous savez que le traitement fait toute la différence et vous savez que la plupart des Canadiens ne reçoivent aucune aide. Vous savez que l'expression «santé mentale» ne s'applique pas uniquement aux médecins qui dispensent des pilules aux malades, mais qu'elle s'applique aussi au logement, au soutien social, à la réadaptation professionnelle, et à toutes sortes d'autres choses. Vous savez que l'un des plus graves problèmes dans la prestation de soins de santé mentale, c'est la discrimination qui se fait systématiquement à l'égard des individus qui, dans notre société, souffrent de troubles mentaux.

On parle souvent de stigmatisation. À mon avis, c'est de la discrimination. Cette étudiante de l'Alberta a fait l'objet d'une discrimination fondée sur le diagnostic médical. Nous parlons ici de l'un des derniers motifs de discrimination le plus acceptable dans notre société, savoir l'état de santé. Il faut que cela change.

J'emploie le mot «discrimination» au lieu de «stigmaté», lequel est associé à la honte. Or, il ne sert à rien d'avoir honte, et il faut se débarrasser de ce sentiment, tandis qu'il est possible d'agir pour lutter contre la discrimination. Nous avons mené beaucoup de combats dans notre société au cours des dernières décennies, et c'est celui-ci que nous allons désormais mener.

Vous serez tous d'accord pour dire qu'il est temps d'agir. Cela fait 40 ans que l'on s'éloigne des asiles pour traiter dans la collectivité. Il est temps d'apporter des changements au système de soins de santé mentale et d'en faire une priorité absolue pour les décideurs politiques canadiens.

En 2020, ce qui n'est pas si loin, la dépression représentera la moitié des cas d'incapacité dans le monde industrialisé. On vous a expliqué que le Canada était le seul grand pays industrialisé à ne pas avoir de plan national sur la santé mentale, ce qui, à notre avis, est très grave pour les Canadiens.

Le premier pas dans la bonne direction a été fait, à notre avis, lorsque l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale a exigé un plan national sur la santé mentale. Je pense que vous avez reçu copie de la demande qui découle d'une réflexion entreprise par un groupe national de tous les intervenants de tout le Canada. Nous avons réussi à aboutir à un consensus, ce qui est très exceptionnel, tout comme votre

national action plan are a public information arm, a research arm, a national data arm and a policy framework to facilitate a system that is responsive to needs.

Where does psychiatry fit into this? We know that you want me to talk about psychiatry's specific role in mental health reform. There are three areas where psychiatry has work to do and where we need some help from you as well. The first is awareness. The second is access. The third is accountability. Let me talk about each of those in turn.

With respect to awareness, the first element is attitude. That is, combating discrimination and stigma. There is a certain amount of institutionalized discrimination inside the profession. We acknowledge that and it is our job to take care of that. We need help from federal leaders to combat societal discrimination and stigma. The second element is knowledge generation and the research capacity in this country. I mentioned before that I am a researcher and clinician. I am a mid-career researcher; I am 47 years old. Ninety per cent of my research money — and I hold several million dollars' worth of grants — comes from outside this country. I cannot get funding from inside this country to conduct my research. I am a successful researcher. I can get money from the United States or private foundations, but I cannot get money from Canada.

The Canadian Institutes for Health Research, CIHR, is making good strides. They are making a good start to try to address this problem. We need to do so much more to properly fund mental health research in this country. We must transfer the information that is derived from research both to the general public and to the profession. We need a mechanism to ensure that that is done in a sustainable fashion.

The second area is access. The most important thing about access is to remove barriers. As we try to transform the mental health system into a more community-based system, we need to ensure that we do not recreate the asylum. People with mental disorders need to feel that they have multiple entry points into the system. They do not want to go through one set of doors, as they had to do 50 years ago. We need to ensure that the barriers are removed from funding for medications to treat these mental illnesses.

We need minimum, acceptable, national standards for care. I treat the most severe individuals with anorexia nervosa. These people are down to 50 per cent or lower of chart average weight — for example, a person who is 5 foot 4 inches tall and weighs about 60 pounds. These people wait four to six months for treatment. I am a sole service provider. There is no other program. If that were your daughter, how would you feel about that? We need some standards for what is acceptable.

comité à dégager une opinion consensuelle. Vous avez donc appris que les quatre secteurs dans lesquels le plan d'action national doit agir, sont: l'information publique, la recherche, la création d'une banque de données nationales et un cadre politique pour faciliter la rétroaction d'un système en fonction des besoins.

Comment la psychiatrie s'inscrit-elle dans ce plan? Vous souhaitez m'entendre parler du rôle spécifique de la psychiatrie dans la réforme de la santé mentale. La psychiatrie doit oeuvrer dans trois secteurs, et avec votre aide. Ces secteurs sont la conscientisation, l'accès et l'imputabilité. Laissez-moi vous expliquer chacun d'eux.

Le premier élément de la conscientisation, c'est l'attitude qui sert à combattre la discrimination et les stigmates. Or, à l'intérieur même de la profession, on trouve une certaine discrimination institutionnalisée. Nous le reconnaissons et c'est à nous d'agir. Nous avons besoin d'aide de la part des chefs de file fédéraux pour combattre la discrimination et les stigmates dans la société. Le second élément, c'est la production de connaissances et la capacité de recherche au Canada. Je vous ai déjà expliqué qu'à 47 ans, j'étais chercheur et clinicien à mi-chemin dans sa carrière. Quatre-vingt-dix pour cent de mes fonds de recherche — et j'ai des subventions à hauteur de plusieurs millions de dollars — proviennent de l'extérieur du Canada. C'est parce que je suis incapable d'obtenir des fonds de recherche du Canada. Et pourtant, mes recherches sont couronnées de succès. Ironiquement, je reçois des fonds des États-Unis ou de fondations privées, mais pas du Canada.

Les instituts de recherche en santé du Canada font de grands progrès et cherchent à corriger la situation. Mais il faut beaucoup plus pour subventionner convenablement la recherche en santé mentale au Canada. Nous devons transmettre l'information recueillie lors des recherches à la population en général et aux professionnels de ce secteur, et il faut donc un mécanisme pour que cela se fasse de façon durable.

Le deuxième secteur étant l'accès, le plus important est d'abattre les barrières. Plus nous cherchons à transformer le réseau de la santé mentale en un réseau plus axé sur la collectivité, plus nous devons faire en sorte que nous ne recréons pas les asiles. Ceux qui souffrent de troubles mentaux ont besoin de sentir qu'ils peuvent avoir accès au réseau à partir de plusieurs points d'entrée. Ils ne veulent pas y entrer par une seule porte, comme cela se faisait il y a 50 ans. Il faut donc supprimer des obstacles au financement des médicaments pour traiter les troubles mentaux.

Le Canada a besoin d'un minimum de normes nationales acceptables pour dispenser les soins. Je traite moi-même les personnes les plus gravement atteintes d'anorexie nerveuse et qui se trouvent jusqu'à 50 p. 100 ou encore plus en deçà de leur poids moyen selon les tableaux — c'est par exemple le cas d'une personne de 5 pieds 4 pouces qui ne pèse que 60 livres. Or, ces gens peuvent attendre de quatre à six mois pour se faire traiter, car je suis le seul qui offre ce service. Il n'existe aucun autre programme. S'il s'agissait de votre fille, qu'en penseriez-vous? Nous avons besoin de normes établissant ce qui est acceptable.

We need a national psychiatric and mental health education strategy so that we can train psychiatrists and other mental health care workers in a flexible fashion so that they can respond to changing needs in our society.

Finally, we need a human resources strategy not only for psychiatry but also for all of mental health. Psychiatry is a shrinking specialty; by 2020 there will be about two-thirds as many of us as there are now if something does not change.

In my view, it is unacceptable and immoral to continue to solve our manpower problems by, for example, recruiting three of the last five psychiatrists from Uganda to an under-serviced part of Ontario. It is not acceptable in a wealthy country such as ours to steal physicians from other countries. We must have a solution that is made-in-Canada and sustainable for the long term. I will elaborate on that shortly.

In respect of access, we need to support innovations to improve access to specialize care to the under-serviced groups mentioned earlier. I would like to tell you about the shared care initiative, an important initiative focused on helping psychiatrists and family doctors work together. It is a good thing. It probably improves outcomes. It also makes the physicians — and patients — much happier. It is not a panacea. There is a shortage of family doctors as well. Trying to transfer the load from psychiatry to general practice is probably not feasible because there are just not enough family doctors to take up the slack. It is an important initiative. That is something on which we must continue to focus.

However, it will not solve the human resource problem. Collaborating with other mental health practitioners will not solve it either. There are shortages across the system in all disciplines.

The third area is accountability. As you have heard, we are talking dollars and cents here. If we are suggesting that resources need to be applied to this problem, there must be accountability mechanisms in place. That is very important. The first element of accountability is good surveillance of mental health. That means more than just the length of stay in hospital. The Statistics Canada mental health survey that was published in the fall was an excellent start. That was the first population based survey of mental illnesses ever done in this country. Can you imagine if 2003 were the year of the first survey of heart disease or cancer in this country? That would be appalling. We need a better surveillance system.

We need surveillance of clinical practice and information provided both to the profession and to the public about what constitutes appropriate and effective treatments for mental

Il nous faut une stratégie nationale pour les traitements psychiatriques et pour la santé mentale qui permette de former des psychiatres et les autres travailleurs dans les soins de santé mentale d'une façon suffisamment souple pour qu'ils puissent réagir à l'évolution des besoins de la société.

Enfin, il nous faut une stratégie de ressources humaines qui s'applique non seulement au domaine de la psychiatrie mais aussi à l'ensemble de la santé mentale. La psychiatrie est en effet une spécialité en voie de disparition: d'ici 2020, si nous ne changeons rien dans notre façon de faire, on aura perdu un tiers d'entre nous.

À mon avis, il est admissible et amoral de continuer à résoudre le problème d'inadéquation de la main-d'oeuvre en recrutant, par exemple, trois des cinq derniers psychiatres pratiquant en Ouganda pour les envoyer dans une partie sous-desservie de l'Ontario. Comment un pays riche comme le nôtre peut-il voler les médecins d'autres pays? Nous avons besoin d'une solution faite au Canada et durable à long terme, et j'y reviendrai sous peu.

En ce qui concerne l'accès, il faut soutenir les innovations destinées à offrir aux groupes mal desservis dont j'ai parlé tantôt un plus grand accès aux soins spécialisés. Laissez-moi vous parler d'une importante initiative, celle des soins partagés, qui visent à faire travailler en collaboration les psychiatres et les médecins de famille. C'est une excellente initiative qui fait sans doute beaucoup pour améliorer les résultats. De plus, médecins et patients en sont beaucoup plus heureux. Bien sûr, ce n'est pas la panacée puisqu'il existe aussi une pénurie de médecins de famille. Faire passer une partie de la charge de travail des psychiatres aux généralistes, ce n'est sans doute pas faisable comme solution, puisqu'il n'y a pas suffisamment de médecins de famille pour ramasser la balle. Mais il faut continuer à soutenir cette initiative importante.

Elle ne parviendra néanmoins pas à résoudre le problème de nos ressources humaines. Collaborer avec d'autres praticiens du domaine de la santé ne résoudra rien non plus, puisqu'il y a des pénuries dans toutes les disciplines.

J'ai mentionné en troisième lieu l'imputabilité. Vous nous avez entendu mentionner des montants d'argent. Si, comme nous le suggérons, il faut résoudre le problème en y injectant plus d'argent, cela implique qu'il doit y avoir des mécanismes de reddition de comptes, et c'est très important. Le premier aspect de cette reddition de comptes, c'est une bonne surveillance de la santé mentale. Autrement dit, il ne faut pas uniquement tenir compte de la durée d'hospitalisation. Le sondage publié à l'automne par Statistique Canada était un excellent point de départ, puisqu'il s'agissait là du premier sondage basé sur la population jamais fait au Canada sur les maladies mentales. Imaginez un peu la situation si on avait attendu 2003 pour faire le premier sondage sur les maladies cardiovasculaires ou sur le cancer? Ce serait scandaleux. Il nous faut donc un meilleur système de surveillance.

Il nous faut faire un contrôle continu de la pratique et de la formation clinique fournies à la fois aux professions et à la population, pour que l'on sache quels sont les traitements

disorders so that people will not buy pigs in a poke and they know what is safe and they know what is not.

Finally, it is our responsibility as a profession to ensure that we are competent, that we are not only well trained but we also maintain our competence over time.

What will it take? The first thing it will take is that we continue to urge the adoption of a detailed national action plan that includes all the stakeholders and jurisdictions. This national action plan needs to have an evaluation framework so that we know that what we are planning to do is having some useful outcomes. The development of this plan in and of itself will not change anything, but it would set the national tone. It would get people on side and secure commitments.

We will need to invest some money in this system. We will also need to reallocate some of the existing resources. We will not be able to do it solely by reallocating existing resources, which are stretched to the maximum now.

There are some things for which the federal government can and should take responsibility. The first is leadership. That is, leadership and policy development, integrating and integration and framing the action plans and some funding. In addition, the federal government has a role for helping out with public education, a role for this cross-jurisdictional data collection, a role in monitoring and regulating safety of treatments, a role in building and developing research capacity in this country, a role in setting standards for best practices, and a very important role to ensure that mental health components are added to the public health mandate that the government has recently established. At present, that is absent. That is a critical piece that the federal government must take on.

Finally, again, the federal government must take the lead, in our view, in developing a national, cross-jurisdictional, independent, long-term, sustainable human resource plan for mental health practitioners. All of these components are needed. This cannot be done jurisdiction by jurisdiction or we will be in the same mess we are now.

We think the development of an interim integrative body accountable, perhaps, to the Minister of Health to oversee this process might be useful. It has proven to be difficult to make any progress using existing mechanisms over the last two or three decades. We think some sort of independent body would be useful to help deal with some entrenched jealousies and competition in this area.

I should like to present our recommended first steps. First, there should be a policy announcement that mental health is a national health priority in this country and that there is intent to move forward to develop a national action plan. Second, we suggest that the development of this independent, integrative body would be useful. Third, we suggest the public health agency

appropriés et efficaces en matière de troubles mentaux et pour que l'on cesse d'agir à l'aveuglette et qu'on sache mieux ce qui est sûr comme traitement et ce qui ne l'est pas.

Enfin, notre profession doit faire en sorte que nous soyons compétents, que nous soyons non seulement bien formés, mais que nous puissions également maintenir au fil des ans notre compétence.

Comment? En premier lieu, nous devons continuer à exhorter le gouvernement à adopter un plan d'action national détaillé qui fasse appel à tous les intervenants ainsi que les provinces et territoires. Ce plan d'action national doit comporter un cadre d'évaluation qui permette de déterminer si notre planification donnera des résultats utiles. Ce n'est pas l'élaboration du plan qui, en soi, changera quoi que ce soit, mais il donnera le ton à ce qui se fait au Canada et cela permettra d'obtenir l'adhésion de la population ainsi que des engagements fermes.

Il faudra également investir dans le système tout en réaffectant certaines des ressources actuelles. En effet, nous ne pouvons compter uniquement sur une réaffectation des ressources actuelles, puisqu'elles sont présentement étirées au maximum.

Le gouvernement fédéral peut et doit agir en faisant certaines choses. La première, c'est de montrer la voie dans l'élaboration de la politique, dans l'intégration et dans l'élaboration de plans d'action assortis de financement. En outre, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer en matière d'éducation de la population; il doit permettre la cueillette de données d'une province et d'un territoire à l'autre; il doit surveiller et réglementer les traitements pour s'assurer de leur innocuité; il doit développer la capacité de recherche au Canada et fixer les normes des pratiques exemplaires; et il doit aussi — ce qui est très important — veiller à ce que la santé mentale soit inscrite dans le mandat de la santé publique que s'est donné récemment le gouvernement. Or, actuellement, ce n'est pas le cas, même s'il s'agit d'une pièce essentielle que le gouvernement fédéral doit apporter à l'édifice de la santé publique.

Enfin, le gouvernement fédéral doit, à notre avis, montrer la voie et élaborer un plan de ressources humaines destiné aux praticiens de la santé mentale qui soit renouvelable, à long terme, indépendant, national, mais qui s'applique à toutes les provinces. Toutes ces composantes sont nécessaires. Ce plan ne peut être différent d'une province à l'autre, sans quoi nous nous retrouverons dans le même borborygme qu'aujourd'hui.

Il serait peut-être utile, entre-temps, de créer un organe intégré qui rende des comptes au ministre de la Santé qui, à son tour, aurait un droit de regard sur toute la démarche. Les mécanismes déjà existants depuis 20 ou 30 ans se sont révélés bien inutiles pour réaliser quelque progrès que ce soit. Voilà pourquoi, à notre avis, il faut un organe indépendant qui puisse surmonter les jalousies bien incrustées et la concurrence.

Voici maintenant les premières étapes que nous vous recommandons de suivre. En premier lieu, le gouvernement devrait annoncer comme politique que la santé mentale devient une priorité nationale pour la santé des Canadiens et qu'il a l'intention d'élaborer un plan d'action national. En second lieu, il serait utile de mettre sur pied un organe d'intégration

include elements of mental health as part of its mandate. Finally, we recommend that Health Canada develop the capacity to assist in the development of this national plan that would include Health Canada recruiting on a contract basis individuals who are actually in clinical practice and involved in the delivery of mental health services.

In conclusion, we should not overlook the progress that has been made. This is not a totally awful situation. In 1998, when the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, CAMIMH, was formed, mental health was nowhere on the radar screen; now it is firmly on the radar screen.

We must now to take the wonderful ideas that your committee and others have developed and start to put them into action.

The Chairman: I wish to thank all of you for your comments, in particular, for the focus on some things the federal government can do.

I wish to ask you a question that you may want to think about and then maybe get back to us.

As I listened to all of you talk about the nature of your delivery system, there was a discussion about more being done in the home, a discussion about community home services, a discussion about Dr. Woodside's collaborative model, and so on. I am struck by the fact that mental health services do not fit into the very rigid structure of the Canada Health Act. I know they are not now included in the Canada Health Act.

However, should we be looking at effectively trying to modify, somehow, the existing system to bring in all of the delivery systems that relate to mental health, or should we be saying, "Let us treat mental health and mental illness as its own piece of legislation separate from the Canada Health Act, funded by a different mechanism."

I worry about attempting to sweep it into the very rigid model of the Canada Health Act, which everyone regards as a panacea. In many ways it is a terrific piece of legislation, but it also has some rigid boundaries. I do not know how we could deliver under the Canada Health Act, services and the means to which they are actually delivered today in the mental health area.

When I raised this informally with some psychiatrist friends of mine they were appalled at the notion that we might actually suggest that mental health should not automatically be part of the formal health system. They find that a disquieting thought — I suppose it is okay to give psychiatrists disquieting thoughts. However, it seems to me that we really need some input from you on that. I cannot see a way in which the existing health system could be broadened enough to deliver all the services that you deliver without sweeping in everything else. We cannot have universal home care. The country cannot afford it and there are all kinds of problems with potential boondoggles that we talked about in our last report.

indépendant. En troisième lieu, nous suggérons que l'agence de santé publique englobe dans son mandat des éléments de santé mentale. Enfin, nous recommandons à Santé Canada de se doter de la capacité d'aider à l'élaboration dudit plan d'action national, ce qui impliquerait que le ministère recrute à contrat des gens qui font présentement de la pratique clinique et de la prestation de services de santé mentale.

Enfin, ne dénigrons pas les progrès réalisés. La situation n'est pas totalement catastrophique. En effet, lorsque l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, l'ACMMSM, a été créée en 1998, on ne parlait pas de santé mentale; aujourd'hui, on en parle couramment.

Nous devons maintenant concrétiser les merveilleuses idées proposées par votre comité et d'autres.

Le président: Merci à tous nos témoins de leurs commentaires et d'avoir mis l'accent, tout particulièrement, sur ce que le gouvernement fédéral peut faire.

Je voudrais vous poser une question à laquelle vous voudrez peut-être réfléchir avant de nous envoyer votre réponse.

Je vous ai tous écoutés parler de la nature du système de prestation de soins: on a suggéré d'en faire plus à domicile, on a discuté des services communautaires à domicile et du modèle de pratique en collaboration du Dr Woodside, et cetera. Ce qui me frappe, c'est que les soins de service mental ne s'intègrent pas dans la structure extrêmement rigide de la Loi canadienne sur la santé, même s'ils y sont déjà inscrits.

Devrions-nous réellement songer à modifier le système actuel pour y inclure tous les systèmes de prestation de soins relatifs à la maladie mentale? Ou ne devrions-nous pas plutôt regrouper la santé mentale et la maladie mentale dans une loi distincte de la Loi canadienne sur la santé et qui soit financée différemment?

Ce qui m'inquiète, c'est qu'on veuille l'inscrire dans le modèle extrêmement rigide de la Loi canadienne sur la santé, que l'on considère de toutes parts comme étant la panacée. Bien sûr, c'est une loi extraordinaire à bien des égards, mais elle a néanmoins des limites très strictes. Je ne vois vraiment pas comment on peut offrir actuellement dans le cadre de la Loi canadienne sur la santé les services et les autres soins qui sont actuellement administrés en santé mentale.

Lorsque j'en ai parlé librement à certains de mes amis psychiatres, ils ont semblé scandalisés à l'idée que le gouvernement pourrait suggérer de retirer la santé mentale du système officiel actuel de soins de santé. Cela a semblé les perturber beaucoup — je suppose qu'il n'y a pas de mal à dire que les psychiatres peuvent être perturbés par certaines idées. J'aimerais vraiment savoir ce que vous en pensez. Je ne vois pas comment on pourrait suffisamment élargir le système actuel de soins de santé pour qu'il administre tous les services que vous dispensez vous-même, sans que cela nuise à tout le reste. On ne peut songer à offrir des soins à domicile universels. Le Canada ne peut se le permettre financièrement, et cela soulèverait toutes sortes de problèmes potentiels, comme nous le laissons entendre dans notre dernier rapport.

I do not know if any of you want to comment on that, but I would like to hear your thoughts. We are beginning with a blank piece of paper and asking, “How would we approach this if we were starting from scratch?” I have not spoken to my colleagues, but I would not begin with the Canada Health Act if I were starting from scratch — at least with regard to mental health. Would anyone care to comment on that simple question?

Dr. Garfinkel: That is a disquieting notion. The history of our field is that very well meaning people have wanted to separate it from health, take it on and that is how we ended up with the big asylums, neglect and often abuse.

On its own, the mental health community has never fared well. It is also an artificial distinction. We should not differentiate. Depression is a huge issue in heart disease. You cannot separate these subjects in a meaningful way for the person. You do it in an arbitrary way.

I also think that we could deliver care much more efficiently in community and home settings if we had the right accountabilities and got away from the large mental hospital models.

Dr. Woodside: Our association would have some reluctance to endorse segregating mental health from everything else.

When I was a resident, I had a supervisor who trained in upper New York State in a town of 10,000, which comprised only psychiatric patients and the people looking after them — about 6,000 patients and 4,000 workers. That is how mental health was segregated in the 1950s. People were shipped off to upper New York State and no one ever saw them or any of the health care practitioners again.

The majority of people with mental health issues present to a family doctor. If you create a segregated mental health system, how will that interface with the primary health-care system, given that the majority of first contact is with family doctors? That, in and of itself, is a sufficient argument to suggest that, while attractive in some ways, a segregated mental health system probably would not serve those with mental illness very well.

Dr. Gail Beck, Acting Associate Secretary General, Canadian Medical Association: Honourable senators, in addition to working at the CMA, I am also the director of the youth in-patient psychiatry ward at the Royal Ottawa Hospital. While the multidisciplinary approach is long-standing in psychiatry, it is certainly not the only area of medicine to have multidisciplinary approaches. Like my colleagues, I am reluctant to once again introduce some discrimination by saying that mental health is something different from the rest of health care.

Furthermore, for many patients who have a mental illness, one of the things that is extremely reassuring to them is that it is an illness. Very often they are not treated as if they are ill; they are

Je ne sais si l'un ou l'autre de nos témoins veulent se prononcer là-dessus, mais j'aimerais savoir ce que vous en pensez. Si nous avons devant les yeux une feuille vierge, que ferions-nous? Je n'en ai pas discuté avec mes collègues, mais j'ai l'impression que je n'inscrirais pas sur ma feuille vierge la Loi canadienne sur la santé, en ce qui concerne la santé mentale du moins. Quelqu'un voudrait-il réagir à cette question si simple?

Le Dr Garfinkel: C'est assez préoccupant comme idée. Dans notre domaine, on a déjà vu des gens bien intentionnés suggérer d'exclure la santé mentale du grand domaine de la santé, et c'est comme ça que nous nous sommes retrouvés avec de grands asiles, et des cas de négligence et parfois d'abus.

Le milieu de la santé mentale ne s'est jamais bien porté lorsqu'il menait sa propre barque. De plus, la distinction est artificielle à mon avis. Il ne faut pas séparer les deux domaines, car la dépression, par exemple, est un grave problème dans les cas de maladie cardiaque. Pour le patient, il ne faut pas séparer les deux problèmes, et surtout pas de façon arbitraire.

De plus, je suis convaincu que nous pourrions offrir des soins de façon beaucoup plus efficace dans la collectivité et à domicile si nous avions les bonnes méthodes de reddition de comptes et que nous nous éloignons du modèle des grands hôpitaux pour troubles mentaux.

Le Dr Woodside: Notre association hésiterait à appuyer un modèle qui séparerait la santé mentale de tout le reste.

Lors de mes années de résidence, j'avais un médecin surveillant qui avait été formé dans le nord de l'État de New York, dans une ville de 10 000 habitants qui ne comptaient que des malades psychiatriques — environ 6 000 — et ceux qui s'occupaient d'eux — environ 4 000. C'est en effet ainsi que l'on séparait les malades mentaux des autres dans les années 50. On les expédiait dans le nord de l'État de New York, et on les perdait de vue à tout jamais, de même que les praticiens qui s'occupaient d'eux.

La plupart de ceux qui ont des difficultés d'ordre mental se présentent chez leur médecin de famille. Or, si vous isolez les soins de santé mentale du système, comment pourront-ils avoir des contacts avec les soins primaires, étant donné que dans la plupart des cas, le premier contact se fait avec les médecins de famille? Si intéressante que soit votre proposition à certains égards, ce que je viens d'exposer est en soi un argument suffisant pour conclure qu'un système de soins de santé distinct du reste nuirait probablement à ceux qui souffrent de troubles mentaux.

La Dre Gail Beck, secrétaire générale adjointe intérimaire, Association médicale canadienne: En plus de travailler à l'AMC, mesdames et messieurs, je dirige également l'aile de psychiatrie où les jeunes sont hospitalisés à l'Hôpital Royal d'Ottawa. Bien que l'on favorise en psychiatrie depuis longtemps la multidisciplinarité, ce n'est certainement pas le seul domaine de médecine à le faire. Tout comme mes collègues, j'hésite à ce que l'on introduise à nouveau une certaine discrimination en décrétant que les soins de santé mentale sont distincts des autres soins.

De plus, la plupart des patients qui souffrent de troubles mentaux sont extrêmement rassurés de constater qu'ils souffrent d'une maladie. En effet, il arrive souvent qu'on ne les traite pas

treated as if they are bad. If you take their care out of the mainstream of health care and put it somewhere else, that will only reinforce something that they tend to think anyway.

Dr. Patel: Before I came up here, I made a list of the patients I saw. The first patient was a lady who had seen a psychiatrist, was diagnosed to have depression and decided to go off her medications, saying, "I was just going to walk on the lake and disappear." Fortunately, she came to see me and I had a session with her. Another was a family dealing with cancer and death. To make a long story short, I saw about six or seven patients with mental illness, and problems relating to their other health problems, as a family physician.

Family physicians are the first point of contact. On average, I would say — I never thought of it in those terms before — that one in four patients has some degree of other problems complicating his or her existing health problems. Alcoholism is one example; a couple came in that same day. I cannot believe that I saw seven patients with different problems. I need to deal with them on a day-to-day basis. That is an average day's practice.

I do not know whether separating mental illness and giving it a special status, would necessarily help.

Senator LeBreton: Dr. Patel and Dr. Garfinkel both talked about Canada being the only G8 nation without a national strategy. Dr. Garfinkel talked about commitments made in Australia in 1992 — 12 years ago — and in the United States. You did say that we have made some start in this country.

Is there any way — so we do not reinvent the wheel — that elements of the Australian program or the program in the United States could be imported into Canada and put at the forefront of the national agenda without going through all the studies and input? Have your associations had any meetings with those countries to short-circuit what we want to do here?

Dr. Garfinkel: Yes. However, we lack the impetus from a federal body saying, "Take charge." For example, Canada had a national drug strategy in the late 1980s and it expired. We were one of the few countries without a drug strategy until very recently. Through a lot of push and a lot of central impetus, we have come back with a four-point drug strategy that is spectacular. We could easily do that, modelled on our drug strategy, modelled on Australia. I think Dr. Woodside's comment about an integrated body needing some support, particularly for the work on fighting stigma and public education, does need some resourcing.

Dr. Patel: We have not had any formal study of the different models in the countries that we mentioned, except to say that we are lagging behind other nations in providing that degree of care. I trained in the U.K., where there was a much more

comme des malades, mais comme des gens qui agissent mal. Par conséquent, si vous retirez leurs soins de l'ensemble des soins de santé, même si c'est pour les intégrer ailleurs, cela ne fera que renforcer une idée qu'ils ont de toute façon tendance à se faire.

Le Dr Patel: Avant de venir témoigner, j'ai dressé la liste des patients que j'ai vus. La première était une femme qui avait été naguère psychiatre, chez qui on a diagnostiqué une dépression et qui a décidé de cesser de prendre ses médicaments, songeant qu'elle allait tout simplement se précipiter dans le lac et disparaître. Fort heureusement, elle s'est présentée chez moi et je l'ai rencontrée. J'ai ensuite vu une famille qui devait apprendre à composer avec le cancer et avec la mort. En bref, j'ai rencontré six à sept personnes qui souffraient de troubles mentaux et de problèmes de santé, comme si j'étais médecin de famille.

Les médecins de famille sont le premier point de contact. Je n'ai jamais réfléchi à la situation sous cet angle-là, mais je dirais qu'en moyenne un patient sur quatre a un problème d'un autre type qui vient s'ajouter à ses problèmes de santé déjà existants. Par exemple, l'alcoolisme, au sujet duquel j'ai rencontré le même jour un couple. J'ai du mal à croire que j'ai rencontré sept patients présentant des problèmes différents. Or, il me faut les traiter sur une base quotidienne. Et les exemples que je vous ai donnés illustrent ce qui se passe en moyenne dans ma pratique.

Je ne sais pas si conférer un statut spécial à la maladie mentale aiderait en quoi que ce soit les patients.

Le sénateur LeBreton: Les Drs Patel et Garfinkel ont tous les deux signalé que le Canada était le seul pays du G-8 à ne pas avoir de stratégie nationale. Le Dr Garfinkel a parlé des engagements pris en 1992 — c'est-à-dire il y a 12 ans — par l'Australie et par les États-Unis. Mais vous dites que nous avons tout de même fait des premiers pas.

Il ne faudrait pas réinventer la roue: serait-il possible d'apporter certains éléments du programme australien ou américain pour qu'il soit intégré à notre programme national, nous évitant de refaire toutes les études et la recherche? Vos associations respectives ont-elles rencontré les représentants de ces pays, pour devancer en quelque sorte notre étude?

Le Dr Garfinkel: Oui. Toutefois, nous n'avons pas la force de frappe que peut avoir une instance fédérale comme la vôtre. Le Canada a déjà lancé une stratégie nationale de lutte contre la drogue à la fin des années 80, mais celle-ci a disparu. Jusqu'à tout récemment, nous étions un des rares pays à ne pas avoir de stratégie de lutte contre la drogue. Or, grâce à toutes sortes de pressions et à un gros coup de barre du gouvernement central, le Canada est revenu à la charge avec une stratégie spectaculaire de lutte contre la drogue en quatre points. Nous pourrions aisément reproduire le même modèle que ce dernier ou que celui de l'Australie pour la santé mentale. Ce que disait le Dr Woodside au sujet de l'aide qu'il faut apporter à un organe intégré, surtout pour lutter contre les stigmates et pour informer la population, nécessite des ressources.

Le Dr Patel: Il n'y a pas eu d'étude structurelle des différents modèles dans les pays que nous avons mentionnés, sauf pour établir que nous accusons du retard par rapport aux autres pays dans le type de soins fournis. J'ai été formé au Royaume-Uni, là

comprehensive, collaborative model of delivery in the community with resources such as mental health workers and others. We have a resource problem. I cannot refer my patients for specialist intervention or diagnosis or assistance, in carrying out my responsibility as a family physician. That is the crux of the matter. We need not only that model, but also we need additional resources.

Senator LeBreton: I suppose when you refer your patients, sometimes they go on yet another long waiting list because, as Dr. Woodside said, their numbers are diminishing.

Dr. Woodside, when you said that there are no research dollars, I was really taken aback. You can get research dollars if you go to the United States. I find that appalling.

Dr. Woodside: I have some from Canada, but the majority of my research funding is from other countries or private foundations that are located outside of Canada.

Senator LeBreton: That is unbelievable. Therefore, is that not then contributing to your diminishing numbers — when you say in 10 years it will be two-thirds?

Dr. Woodside: We have been solving our human resource problems for many years across many specialties by importing physicians from other countries. International medical graduates have made a huge contribution to Canadian medicine. There is no question about that. It is not that the people are bad; they are wonderful people, highly qualified, very good physicians. However, is it ethical for us to indefinitely solve our manpower problems by taking physicians from other countries, or is it time that we stood up to the plate and decided to train our own in appropriate numbers — to maintain appropriate numbers of physicians and specialties across the country?

I would like to make a comment relating to you first questioning. The information is available about other countries' policies. It is in the public domain. We need federal government leadership to say this is a priority; we must come up with a plan. Of course, we will take elements of other countries' plans into consideration — the information is all there. We need the leadership.

Senator Fairbairn: These documents are rather depressing to read. How can you persuade young people who are interested in medicine to go into this field? Leaving aside the resources question, one of the things that struck me in listening to you was when you said there was virtually nothing in northern Canada. Is that because it is an uncomfortable climate? Is that because of the difficulty in communication with an Aboriginal population?

où le modèle de prestation de soins dans la collectivité avec des ressources telles que les travailleurs de santé mentale et d'autres aussi est beaucoup plus évident et à base de collaboration. Ici, nous avons un problème de ressources, car je ne peux, même si je veux assumer mes responsabilités de médecin de famille, renvoyer mes patients à d'autres spécialistes lorsqu'ils ont besoin d'une intervention, d'un diagnostic ou d'aide. Voilà le noeud du problème. Nous avons besoin non seulement de ce modèle, mais aussi de ressources additionnelles.

Le sénateur LeBreton: Lorsque vous envoyez vos patients voir des spécialistes, j'imagine qu'ils se retrouvent au bas d'une longue liste d'attente, puisque le nombre de spécialistes diminue, comme l'expliquait le Dr Woodside.

Docteur Woodside, j'ai été sidérée de vous entendre parler de l'absence de subventions de recherche. Pour avoir ces subventions, vous devez vous adresser aux États-Unis; c'est scandaleux.

Le Dr Woodside: Je reçois quelques subventions du Canada, mais la grande partie de mes subventions de recherche me provient d'autres pays ou de fondations privées de l'extérieur du Canada.

Le sénateur LeBreton: C'est incroyable! La situation ne contribue-t-elle pas à la diminution du nombre de spécialistes que vous avez décrite? Vous avez dit deux tiers du nombre actuel auraient disparu dans dix ans?

Le Dr Woodside: Depuis plusieurs années, et c'est le cas dans beaucoup de spécialités, nous avons tenté de résoudre notre problème de ressources humaines en important des médecins d'ailleurs. Les diplômés de facultés de médecine à l'étranger ont énormément contribué à la médecine au Canada, cela ne fait aucun doute. Ces gens-là ne jouent pas un mauvais rôle: ce sont des gens merveilleux, très compétents et d'excellents médecins. Toutefois, est-il moral pour le Canada de résoudre indéfiniment nos problèmes de main-d'oeuvre en volant à d'autres pays leurs médecins? N'est-il pas temps de relever le défi et de former nos propres médecins en nombre suffisant, afin d'avoir le nombre approprié de médecins et de spécialistes d'un bout à l'autre du pays?

J'aimerais revenir à votre première question. L'information concernant les politiques de ces autres pays est disponible, puisqu'elle est du domaine public. Mais il faut que le gouvernement fédéral en fasse une priorité et établisse un plan. Mais nous tiendrons compte évidemment de ce qui se fait dans les autres pays, puisque l'information est disponible. Tout ce qu'il faut, c'est qu'on montre la voie.

Le sénateur Fairbairn: C'est assez déprimant de lire ces documents. Comment persuader alors les jeunes qui veulent devenir médecins d'étudier dans ce domaine? Si on laisse de côté la question des ressources, ce qui m'a frappée à la lumière de vos propos, c'est qu'il n'y a à peu près aucun médecin dans le Nord du Canada. Est-ce à cause du climat inclement? Est-ce à cause de la difficulté de communiquer avec les populations autochtones?

For government to take leadership — and I think government should — how can you create an atmosphere that will persuade young people coming into medicine that this is what they want to do?

Dr. Beck: In the same way as there is a stigma about mental illness and mental health, we know there is a stigma relating to seeking help for themselves is something that physicians also have. By the same token, there is, for a number of people in medical school and who are physicians, a stigma about psychiatrists. I regularly hear jokes that I am not a real doctor. That is not related to what I do in practice; it is related to the fact that there is a stigma and discrimination about the kind of illnesses that I treat.

Dr. Patel: Furthermore, it is not just the Northwest Territories that has a problem. New Brunswick has the same problem — lack of child psychiatrists. As Dr. Beck said, the same stigma probably could go through to other sectors, such as family medicine. It is now at an historic low, and yet family physicians are singularly placed to treat the majority of patients in an early manner because they have the long, enduring relationships that are essential to treating mental illness on an ongoing basis. I have been fortunate, because I stayed in one community for 30 years. I have enjoyed that, and I think that is what we have to encourage.

Dr. Garfinkel: I do not find this depressing at all. I have been a psychiatrist in Ontario for 32 years. You would not have had a conversation like this or a panel like this even a decade ago. The effects of CAMIMH that Dr. Woodside talked about, the effects of having role models like Michael Wilson speak out, and the idea that corporate Canada is interested in the workplace effects are all very recent.

Most important, psychiatry is a therapeutic field. When I graduated from medical school, there was not a lot of specific treatment available. Today, it is very strong in its therapeutics, in its ability to treat people actively. We make a huge difference in people's lives. Dr. Beck is correct in stating that there is a stigma that is reflected in our health care community as much as in our broad community. Any education efforts that we undertake have to address the health care community, as well as any other opinion-leading group.

With regard to the congregation in cities, we have a maldistribution, and this is very marked in many specialties in medicine. It is very true in psychiatry; it is very hard to be the only psychiatrist in Whitehorse. It is very difficult in terms of social relationships and a whole variety of issues.

Je conviens avec vous que le gouvernement doit montrer la voie, mais comment créer le bon climat pour persuader les jeunes qui entrent en médecine que c'est vraiment dans ce domaine qu'ils veulent étudier?

La Dre Beck: De la même façon que les maladies mentales sont stigmatisées, ceux qui veulent chercher de l'aide sont aussi stigmatisés, et ce problème se pose aussi pour les médecins. En effet, dans les facultés de médecine et dans le milieu médical, les psychiatres sont stigmatisés. J'entends régulièrement des blagues sur nous, qui ne serions pas de véritables médecins! Et cela n'a rien à voir avec ce que je fais dans ma pratique; c'est dû au fait que le type de maladie que je soigne est stigmatisé et fait l'objet de discrimination.

Le Dr Patel: De plus, ce ne sont pas uniquement les Territoires du Nord-Ouest qui ont des problèmes. Au Nouveau-Brunswick, on manque là aussi de pédopsychiatres. Comme l'expliquait la Dre Beck, on pourrait dire aussi que d'autres secteurs sont stigmatisés, comme la médecine familiale. Nous n'en avons jamais eu si peu, et pourtant, les médecins de famille sont très bien placés pour traiter la majorité des patients de façon précoce, puisqu'ils ont développé avec eux des liens durables qui sont essentiels dans le traitement continu de la maladie mentale. J'ai eu beaucoup de chance, car j'ai demeuré dans la même collectivité pendant 30 ans. J'en ai bien profité, et c'est ce que nous devons encourager.

Le Dr Garfinkel: Ce que vous dites n'est pas décourageant, loin de là. Cela fait 32 ans que je suis psychiatre en Ontario. Il y a dix ans à peine, jamais nous n'aurions pu avoir une conversation comme celle-ci ou organiser une table ronde comme celle-ci. Les résultats des efforts de l'ACMMSH, dont a parlé le Dr Woodside, sont très récents, tout comme le sont les sorties publiques de personnalités comme Michael Wilson et l'idée que le milieu des affaires du Canada peut s'intéresser aux problèmes de santé mentale au travail.

Mais ce qui est plus important encore, c'est que la psychiatrie est un domaine thérapeutique. Lorsque je suis devenue médecin, il n'y avait pas un grand nombre de traitements spécifiques disponibles. Aujourd'hui, la psychiatrie est très active dans le domaine thérapeutique et est beaucoup plus capable de traiter les patients de façon active, ce qui fait toute la différence au monde dans leur vie. La Dre Beck a raison de parler des stigmates qui y sont rattachés dans le milieu des soins de santé de même que dans la société en général. Tous les efforts d'éducation qui devront être entrepris devront s'adresser aussi aux dispensateurs de soins de santé, tout comme à n'importe quel autre meneur d'opinion dans la société.

En ce qui concerne le regroupement des médecins dans les villes, il existe en effet une inégalité dans la distribution, ce qui se remarque dans beaucoup de spécialités. C'est tout ce qu'il y a de plus vrai en psychiatrie et il est très difficile d'être le seul psychiatre à Whitehorse. C'est difficile en matière de relations sociales et à bien d'autres égards aussi.

The hospital where I work has a fly-in service to 17 communities in Ontario, and we do videoconferencing in 70 communities. It may not be perfect, but it is a way of dealing with some of the rural mal-distribution.

Dr. Woodside: There are models to help deal with this problem. Unfortunately — and I know I am probably repeating myself endlessly — it has been convenient for the last 30 years is to recruit from abroad people on return of service contracts who agree to go to remote and rural areas for five or ten years until they get a general licence, and then they move to the city. That is a short-term, band-aid solution. There are other ways to make a practice attractive in remote and rural areas. They cost some money. The will just has not been there to work on them much over the last 20 or 30 years.

Dr. Beck: A few years ago, I served on the expert panel on health human resources in Ontario. At the time, we learned that half of the students in the five medical schools in Ontario, no matter where the schools were located, were from Metro Toronto. We said, “No wonder that is where they want to practise.”

Therefore, we know that people tend to practise in the kind of community that they come from and to return to their communities. Therefore, we need to go to communities where we need physicians of any kind and recruit not only physicians but also those health care workers in those communities. Some people in Canada are involved in that kind of work. Dr. Peter Walker, the Dean of the University of Ottawa’s medical school, talks about what he calls “mining northern Ontario for physicians.” Part of the thinking behind the location of a medical school in northern Ontario that was that if you had a medical school from northern Ontario and more students from northern Ontario, there was a greater likelihood that people would want to practise in northern Ontario.

We must look to the communities for the resources that we need and the young people that we need. The University of Manitoba also has a specific recruitment program for Aboriginal communities and has a cohort of Aboriginal medical students. There is an initiative underway in the Yukon Territory — which of course does not have its own medical school — to find young people from the Yukon to train in the hope that they will return to the Yukon.

Senator Cordy: Dr. Woodside, you spoke about what psychiatry needs to fulfil its roles. One of things was attitudes and how we combat stigma within society. You spoke about it, first of all, within the public realm and also within the health care sector. You said that sector is starting to deal with it.

From a federal government perspective, how do we deal with that? How do we change public attitudes?

Dr. Woodside: The first thing is to make mental health a public priority, so a declaration by the federal government that a national action plan for mental health was being developed would be a huge step in the right direction. Out of that would fall a wide

L’hôpital où je travaille a un service aérien qui dessert 17 collectivités en Ontario; il offre également des vidéoconférences à 70 localités. La situation n’est peut-être pas parfaite, mais c’est une façon de contrer le problème de l’iniquité dans la répartition des médecins en région.

Le Dr Woodside: Il existe des modèles pour résoudre ce problème. Je sais que je vous rebats les oreilles avec cela, mais nous avons préféré depuis 30 ans recruter nos médecins à l’étranger, en les obligeant par contrat à desservir des régions éloignées et rurales pendant cinq à dix ans avant de pouvoir obtenir un permis de pratiquer, puis s’installer en ville. C’est un cataplasme, une solution à court terme. Il y a d’autres façons d’attirer les médecins dans des régions rurales et éloignées, mais elles coûtent cher. Depuis 20 à 30 ans, je n’ai pas constaté de volonté politique de trouver des solutions.

La Dre Beck: Il y a quelques années, j’ai fait partie d’un groupe d’experts qui se penchaient sur les ressources humaines dans le domaine de la santé en Ontario. À cette époque-là, nous avons constaté que la moitié des étudiants des cinq facultés de médecine en Ontario, peu importe où elles étaient situées, étaient originaires du Toronto métropolitain. Il ne fallait pas s’étonner qu’ils veuillent ensuite y pratiquer!

On sait que les médecins ont tendance à exercer dans le genre de localité dont ils sont issus et à y retourner. Il faut donc se tourner vers les localités qui ont besoin de médecins de toutes sortes et recruter non seulement des médecins mais aussi des travailleurs de la santé. Il y a des gens au Canada qui font ce genre de travail. Le Dr Peter Waker, doyen de la Faculté de médecine de l’Université d’Ottawa parle de la «prospection de médecins dans le nord de l’Ontario». Si l’on songe à établir une faculté de médecine dans le nord de l’Ontario c’est parce qu’elle attirerait plus d’étudiants de la région et augmenterait les chances qu’ils exercent là-bas.

Il faut se tourner vers les collectivités pour obtenir les moyens matériels et humains dont nous avons besoin. Par exemple, l’Université du Manitoba a un programme particulier de recrutement à l’intention des collectivités autochtones et a une cohorte d’étudiants en médecine autochtones. Une initiative est en cours au Yukon — qui ne dispose pas de sa propre faculté de médecine — pour repérer de jeunes Youkonais à former dans l’espoir qu’ils retourneront au Yukon.

Le sénateur Cordy: Docteur Woodside, vous avez parlé de ce dont la psychiatrie a besoin pour jouer son rôle. L’un des éléments mentionnés était les attitudes et les manières de combattre la stigmatisation dans la société. Vous l’avez évoqué d’abord dans la société en général puis dans le secteur de la santé. Vous avez dit que le secteur commence à s’y attaquer.

Que peut faire le gouvernement fédéral? Comment peut-on changer les attitudes de la population?

Le Dr Woodside: Il faut premièrement faire de la santé mentale une priorité publique; une déclaration par le gouvernement fédéral qu’un plan d’action national est en préparation constituerait un pas dans la bonne direction. Il en découlerait

variety of public educational activities that would help combat this discrimination and stigma. Validating the severity of mental illness by starting to collect adequate data, adequately funding mental health research and investing in mental health education. All of those things would help society at large begin to decide that these are valid concerns — these are real illnesses and serious problems, and cannot be ignored or swept under the carpet. That is probably the major role that the federal government can take.

Senator Cordy: People themselves who have mental illness, or think they may have a mental illness, have a difficult time to make that first step, which is admitting it. The first person they usually speak to is a family physician. Family physicians, as a number of you have already said, are not receiving the training that they need. In the current system, which is the doctor-hospital system — in which we do reasonably well other than very long waiting times — what would a family doctor, who is paid by the number of patients that he or she sees, do when a patient comes complaining of a headache or some other general system? Human nature being what it is and as this is the doctor's career and livelihood, would he or she take an hour to sit down with the patient and ask what might be the underlying cause?

We have two problems. The first is the lack of training. The second is that within our current system, where doctors are paid based on the number of patients, they may necessarily take the time to look. How do we deal with those issues?

Dr. Patel: You have identified the problem that exists in primary care, especially family physicians. I would not say they have not received training. They have received training, but they need ongoing continuing medical education to keep up to current practice patterns, and they need that supporting hand from psychiatrists like Dr. Woodside and Dr. Garfinkel to be available on an as-needed basis for ongoing consultation.

As far as time, I think each physician finds his or her own way on how to deal with it. Right from the beginning of my practice, I set aside one hour at the end of my day to deal with all those kinds of problems. If I had a patient that needed my time, I would then make the time and spend one hour, if necessary. In fact, as I mentioned recently, I saw seven or eight patients, and because of my ongoing relationship with them, I could compress my supportive psychotherapy and direction for treatment into a 20-minute segment.

Efficiencies can arise as you become more adept. Of course, when they need that counselling, I send them to my mental health worker. Guess what, the waiting time there is three weeks or six weeks. I say to them, "If you cannot see them, come back to my office." You are right that it may not be the norm, perhaps, but that is the encouragement that we need to provide.

Provincial associations are dealing with that in terms of moving away from this fee-for-service conundrum towards recognize quality of care, but it is just beginning.

Dr. Garfinkel: I support that in the sense that the fee schedules really under-value psychiatric care. In Ontario, if you are a family doctor and you spend the hour that Dr. Patel is describing, the

une vaste gamme d'activités de sensibilisation qui participeraient à la lutte contre cette discrimination et cette stigmatisation. Ensuite, valider la gravité de la maladie mentale en commençant à recueillir les données adéquates, financer comme il se doit la recherche en santé mentale et investir dans l'enseignement en santé mentale. Voilà autant d'éléments qui aideraient la société en général à se rendre compte qu'il s'agit de sujets d'inquiétude réels de vraies maladies et de vrais problèmes, qui ne peuvent être glissés sous le tapis ou occultés. C'est sans doute le plus grand rôle que le gouvernement fédéral puisse jouer.

Le sénateur Cordy: Ceux qui ont ou pensent avoir une maladie mentale ont du mal à faire le premier pas, à savoir l'admettre. Le médecin de famille est d'ordinaire la première personne à qui il s'adresse. Comme plusieurs d'entre vous le savez, les médecins de famille ne reçoivent pas la formation dont ils ont besoin. Dans le système actuel, médecin/hôpital — qui ne va pas trop mal à l'exception des longues périodes d'attente — que peut faire le médecin de famille rémunéré à l'acte quand le malade se plaint de maux de tête ou d'un autre symptôme de nature générale? La nature humaine étant ce qu'elle est, et comme il y va de la carrière et du gagne-pain du médecin, va-t-il consacrer une heure à s'entretenir avec le malade pour trouver les causes sous-jacentes?

Il y a deux problèmes. Le premier est le manque de formation; le second est que, dans le système actuel, où le médecin est rémunéré à l'acte, il ne prend pas forcément le temps de chercher l'origine. Comment résoudre ces problèmes?

Le Dr Patel: Vous parlez là d'un problème qui existe au niveau des soins primaires, surtout chez les médecins de famille. Je n'irai pas jusqu'à dire qu'ils n'ont pas reçu de formation. Si, ils en ont reçu, mais ils doivent actualiser continuellement leur formation médicale pour se tenir au courant et ont besoin du soutien de psychiatres comme le Dr Woodside et le Dr Garfinkel, qu'ils pourront consulter au besoin.

Pour ce qui est du facteur temps, chaque médecin a sa solution. Dès que j'ai commencé à exercer, j'ai réservé une heure à la fin de ma journée pour m'occuper de ce genre de problèmes. Si un malade avait besoin de mon temps, je m'arrangeais pour le trouver et lui consacrer une heure, au besoin. De fait, comme je l'ai dit récemment, j'ai eu sept ou huit malades et à cause de mes rapports permanents avec eux j'ai pu condenser en tranches de 20 minutes ma psychothérapie d'aide et des prescriptions de traitement.

Plus on a le tour, plus on peut être efficace. Si le malade a besoin de counselling, je le dirige vers mon travailleur de santé mentale. Eh bien pour le voir, le délai varie entre trois et six semaines. Je lui dis de revenir à mon cabinet s'il ne peut pas le voir. Ce n'est peut-être pas pratique courante, comme vous l'avez dit, mais c'est le genre d'encouragement que nous devons donner.

Les associations provinciales s'en occupent aussi; elles délaissent la rémunération à l'acte en faveur de la qualité des soins. Mais cela ne fait que commencer.

Le Dr Garfinkel: Je suis d'accord avec ce qui vient d'être dit car le barème des honoraires sous-estime les soins psychiatriques. En Ontario, le médecin de famille qui consacre une heure à son

return is about \$100. If you have a nurse that you are paying, and maybe a receptionist, and you are paying rent, you are taking home not too much money for that hour.

With regard to your other question about the national role, there is very good literature on this in terms of anti-stigma in Britain. In Britain, they went through a five-year program, centrally directed, involving the British Psychiatric Association and the federal government. They had a very significant effect on public attitudes. We have models that we could pursue if there was a will.

The Chairman: Is it not a hugely inefficient use of a doctor's time to provide the hour of psychotherapy rather than immediately referring that person to someone like a clinical psychologist, social worker or whatever? You cannot do that because you would be referring them to someone whose services are not covered under medicare, but that is a funding type question.

In our previous report, we argued for having professionals delegate down if there was a qualified person who could do it, and we supported nurse practitioners doing a lot of things that GPs do. Does that same principle not apply in this case? My family practitioner spends 50 per cent of her time effectively as a clinical psychologist, which first, reduces half the value of the time of a GP when we are short of GPs, and second, she is trained to do all kinds of other things that do not get done. Am I missing something here? Is that logical?

Dr. Patel: Senator, I think the problem is just a lack of resources and lack of people. In my clinic, which is slightly rural, if I want to send a patient to a mental health worker, I cannot get an appointment for three or four weeks.

We have, through the primary care transition fund, a nurse practitioner is being foisted upon us without consultation. I tried to refer a patient the same day. I was told that I had to wait three weeks see the nurse practitioner. Excuse me? I am dealing with 35 or 40 patients.

We are forced to deal with those problems. They cannot wait.

Dr. Woodside: At times, it makes perfect sense. At other times, if it will take the other person three or four hours to understand the individual's difficulties, then you are probably not saving any money. Sometimes the family doctor is in the perfect position to spend the 20 or 30 minutes to deal with the problem and resolve it, rather than having to tell the person to hold that feeling for a week or two while we get him or her to see the social worker who will then take a complete history and a few weeks later, resolve the problem.

There is obviously a place for more teamwork and more shared caring where work is handed around in a more rational way.

malade comme le Dr Patel l'a décrit touche environ 100 \$. Si vous avez une infirmière et une réceptionniste à rémunérer, en plus du loyer à payer, cette heure ne vous rapporte pas beaucoup.

En réponse à votre autre question au sujet du rôle à jouer par le gouvernement fédéral, il existe d'excellents travaux sur la lutte contre la stigmatisation en Grande-Bretagne notamment un programme de cinq ans centralement dirigé, qui rassemble la British Psychiatric Association et le gouvernement fédéral. Cela a eu des effets très sensibles sur les attitudes de la population. Il y a des modèles que nous pourrions employer si la volonté existait.

Le président: N'est-ce pas un usage éminemment efficace du temps d'un médecin que de consacrer une heure à la psychothérapie au lieu de diriger immédiatement le malade vers un psychologue clinique, un travailleur social et Dieu sait quoi? Vous ne pouvez pas le faire parce que vous enverriez la personne voir quelqu'un dont les services ne sont pas couverts par l'assurance-maladie, mais il s'agit-là d'une question de financement.

Dans notre rapport antérieur, nous avons réclamé que les professionnels puissent déléguer à d'autres, s'il y avait quelqu'un de qualifié qui puisse s'en charger et nous nous sommes déclarés en faveur de confier aux infirmières-praticiennes un grand nombre de tâches des omnipraticiens. Le même principe ne vaut-il pas ici? Mon médecin de famille passe la moitié de son temps comme psychologue clinique, ce qui a d'abord pour effet de réduire de moitié la valeur de son temps comme omnipraticien — alors qu'il y a une pénurie — et, ensuite, elle a reçu une formation pour faire toutes sortes d'autres choses qui ne se font pas. Y a-t-il quelque chose qui m'échappe? Est-ce logique?

Le Dr Patel: Sénateur, le problème à mon avis se résume à une pénurie de moyens et de personnel. Dans ma clinique, plus ou moins à la campagne, si je veux envoyer un malade à un travailleur de la santé, le rendez-vous ne sera pas avant trois ou quatre semaines.

Grâce au fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, une infirmière-praticienne nous a été imposée sans consultation. J'ai essayé de lui envoyer un malade le jour même. On m'a dit qu'il fallait attendre trois semaines pour voir l'infirmière-praticienne. Pardon? Moi, je traite avec 35 ou 40 malades.

Nous sommes obligés de traiter ces problèmes. Ils ne peuvent pas attendre.

Le Dr Woodside: Parfois, c'est tout à fait indiqué. Dans d'autres cas, s'il faudra à l'autre personne trois ou quatre heures pour comprendre les difficultés du malade, vous ne faites sans doute pas d'économies. Parfois, le médecin de famille est idéalement placé pour consacrer 20 ou 30 minutes au problème et le résoudre au lieu de dire à la personne de garder ce qu'elle a sur le coeur pendant une semaine ou deux, jusqu'à ce qu'on lui trouve un travailleur social qui consignera tous ses antécédents et, quelques semaines plus tard, résoudra le problème.

Il est évident qu'il est possible de faire plus de travail d'équipe et de mieux partager les soins si les tâches sont réparties de manière plus rationnelle.

Senator Cook: I am trying to process much information on a subject of which I have scant knowledge.

How can the federal government get involved in human resource planning in the mental health addictions sector without encroaching on provincial jurisdiction?

Dr. Woodside: We think that the federal government needs to take the lead in calling for the development of a national plan for mental health in this country, which would include a human resource component. The feds would have to round up the provinces and say, "Look, this needs to be a national initiative as we have national plans for cancer, AIDS, diabetes and heart disease."

The federal government cannot take the jurisdiction away from the provinces, but it can take the moral high ground and say that this is something that has to be done and these are reasons that make it clear that it has to be done. The federal government could tell provincial leaders that they have a moral imperative to join in this good work and then try to set up something that is cross-jurisdictional with an actual national plan. The federal government can take the lead in saying that very publicly that it really must happen for these reasons and that the provinces are not doing their job if they are not joining in the effort.

Senator Cook: On the last page of your brief, you make suggestions about what can be done now and refer to a public health agency that could include elements of mental health. We all know that in the throne speech there was the creation of a public health agency. Is there an opportunity here for us in the creation of this agency?

I ask this question in light of the budget in my province yesterday. The budget had a deficit of \$600-odd-million deficit. I will tell you the good news with my daughter's words. She said, "Mom, I cannot believe it. He gave \$1 million to community health for mental health services, but the irony was, he hired a head nurse." How long is it since we have heard the phrase, "head nurse?" I am probably trying to play God here and add up two and two to get five.

The first ministers meet this summer. Is there maybe an emerging opportunity where the minds might be on the same wavelength? Could we find an opportunity here to push forward what we are seeing?

I live in a small province. I realize that we virtually know all of each other. When it comes to the social aspect, I do not sense the stigma that I hear about in other parts of Canada. The NGOs do very well with social programs, housing and a number of things to take care of the coping skills that are needed after primary care is finished with mental illness. Is there an opportunity here?

Le sénateur Cook: J'essaie d'assimiler le plus d'information possible sur un sujet que je connais mal.

Comment le gouvernement fédéral peut-il s'occuper de planifier les ressources humaines dans le secteur de la santé mentale et de la toxicomanie sans empiéter sur les compétences provinciales?

Le Dr Woodside: Nous estimons que le gouvernement fédéral doit prendre l'initiative et réclamer l'élaboration d'un plan d'action national pour la santé mentale au pays, un plan qui comporterait un volet ressources humaines. Le gouvernement fédéral devrait rassembler les provinces et les convaincre qu'il doit s'agir d'une initiative nationale tout comme on en a une pour lutter contre le cancer, le sida, le diabète et les maladies cardiovasculaires.

Le gouvernement fédéral ne peut pas enlever la compétence aux provinces, mais il peut invoquer des considérations morales et dire que cela doit se faire et voici pourquoi. Il pourrait dire aux provinces qu'il existe des impératifs moraux de se lancer dans cette entreprise salutaire puis créer une entité intergouvernementale guidée par un plan d'action national. Le gouvernement fédéral peut prendre les devants et dire très publiquement que cela doit se faire pour ces raisons et que les provinces manquent à leur devoir si elles s'y dérobent.

Le sénateur Cook: À la dernière page de votre mémoire, vous faites des suggestions sur ce qui peut être fait tout de suite et parlez d'une agence de santé publique qui comprendrait des éléments de santé mentale. Nous savons tous que dans le discours du Trône, il a été question de créer une telle agence. Est-ce là l'occasion que nous cherchons?

C'est le dépôt du budget dans ma province hier qui me fait poser la question. Ce budget prévoit un déficit de quelque 600 millions de dollars. Je vais vous donner la bonne nouvelle dans les mots de ma fille. Elle a dit: «Maman, c'est incroyable. Il a donné 1 million de dollars à la santé communautaire pour les services de santé mentale, mais le paradoxe c'est qu'il a embauché une infirmière-chef». À quand remonte la dernière fois qu'on a entendu cette expression: «infirmière-chef»? J'essaie sans doute de jouer à Dieu ici et d'additionner deux et deux pour faire cinq.

Les premiers ministres fédéral et provinciaux vont se réunir cet été. Cela ouvre-t-il une possibilité de rencontrer des esprits? Serait-ce l'occasion de faire cette proposition?

J'habite dans une petite province. On se connaît tous, pour ainsi dire. Sur le plan social, je ne sens pas la stigmatisation dont il est question ailleurs au pays. Les ONG font de l'excellent travail en matière de programmes sociaux, de logement et d'autres choses pour que les gens puissent tenir le coup après que les soins primaires se soient occupés de la maladie mentale. Avons-nous une occasion devant nous?

We talked about the Canada Health Act. Most provinces have a mental health act. That is a real barrier to care for people. There are restrictions on the police force alone in my province when they pick up someone. There are barriers there that we need to address from a legislative point of view.

Dr. Beck: There are actually two opportunities at this point to address the mental health issues in Canada. There is, as you say, the new public health agency. As well there is the work of the Health Council of Canada, which has not yet begun.

There is an opportunity in these two new endeavours to initiate an entirely new attitude and vision of mental health in the context of other issues. It was my impression that part of the mandate of the Health Council of Canada is to consider overall the issue of health human resources. It seems to me that health human resources for mental health care might well be a part of that.

Dr. Garfinkel: It is very timely for the public health agency. We know a lot about health promotion and the effective use of resources. Health promotion is very valuable in terms of dollars spent and the results. We have a good body of knowledge in drug use, tobacco use, and alcohol use and what treatment is effective and what is not.

There are many opportunities on the mental health side. I will give you an example of one that we are currently pursuing. We know that in youngsters self-esteem is fairly similar in both boys and girls. At adolescence, the girls' self-esteem plummets. This very well could have something to do with depression and eating disorders that develop eight and 10 years later. There are many efforts now being made to try to prevent that fall in self-esteem and prevent illness later. That is just one example, but there is a huge opportunity here to use dollars very wisely for the health of Canada.

Senator Cook: There are two streams of what can be done now and the long-range planning that must begin now with an eight to ten-year window. It covers the recruitment of personnel to all the other systems that are there. Do you have any comments on how we can begin the other stream?

Dr. Garfinkel: I agree with Dr. Woodside about the immediate first steps. He has outlined them in his paper very nicely.

For the longer term, tying in with the health council and with the public health agency makes good sense. The payoff there is down the road.

Senator Cook: It is up to us to get in on the ground floor with the creation of those new agencies.

Dr. Garfinkel: Yes.

On a parlé de la Loi canadienne sur la santé. La plupart des provinces ont une loi sur la santé mentale. C'est un véritable obstacle lorsqu'il s'agit de soigner les gens. Dans ma province, il y a des restrictions qui sont imposées à la police lorsqu'elle arrête quelqu'un. Il y a des obstacles qu'il faut éliminer de manière législative.

La Dre Beck: À l'heure actuelle, deux occasions se présentent à nous pour régler les problèmes de santé mentale au pays. Il y a comme vous l'avez dit la nouvelle agence de santé publique. Il y a aussi le travail du Conseil de santé du Canada, qui n'a pas encore commencé.

Ces deux nouvelles entités nous donnent l'occasion d'adopter une vision et une attitude entièrement différentes de la santé mentale dans le contexte d'autres problèmes. J'ai eu l'impression qu'une partie du mandat du Conseil de la santé du Canada est d'examiner globalement la question des ressources en santé humaine. Pour moi, les ressources en santé humaine pour la santé mentale pourraient bien en faire partie.

Le Dr Garfinkel: L'agence de santé publique arrive à point nommé. Nous en savons beaucoup sur la promotion de la santé et l'utilisation efficace des ressources. La promotion de la santé est une activité très précieuse si l'on compare les sommes et les résultats. Nous avons un bon bagage de connaissances sur la consommation de drogue, de tabac et d'alcool et sur les traitements qui sont efficaces et ceux qu'ils ne le sont pas.

Il existe un grand nombre de possibilités du côté de la santé mentale. Je vais vous donner un exemple d'une chose que nous faisons actuellement. Nous savons que chez les jeunes, l'estime de soi est à peu près la même chez les garçonnets et les fillettes. À l'adolescence, celle des jeunes filles plonge. Le phénomène est peut-être lié aux cas de dépression et aux troubles de l'alimentation qui apparaissent huit ou dix ans plus tard. On fait actuellement beaucoup d'efforts pour empêcher cette baisse de l'estime de soi et l'apparition de maladies plus tard. Ce n'est qu'un seul exemple, mais c'est une occasion en or d'utiliser judicieusement de l'argent pour favoriser la santé au pays.

Le sénateur Cook: Il y a deux filières d'action qui s'offrent dès aujourd'hui, et la planification à long terme doit commencer tout de suite sur un horizon de huit à dix ans. Il s'agit du recrutement de personnel dans tous les systèmes qui existent. Avez-vous des choses à dire sur ce que l'on peut commencer à faire dans l'autre filière?

Le Dr Garfinkel: Je suis d'accord avec le Dr Woodside pour ce qui est des mesures à prendre dans l'immédiat. Il les a très bien décrites dans son document.

À long terme, établir un lien entre le conseil de la santé et l'agence de santé publique est très sensé. C'est plus tard que nous récolterons les bienfaits.

Le sénateur Cook: Il nous appartient d'intervenir dès la création de ces nouvelles agences.

Le Dr Garfinkel: Oui.

Senator Keon: I would like to discuss the mental health strategy in the national action plan. I suspect that if we do not address this, we will be labelled as being irresponsible, so we may as well learn what we can from you.

I have been sitting on the Ontario committee attempting to plan the public health system for Ontario. It is become obvious to me in these meetings that this will be dependent on the primary care infrastructure. I gather from you that you are all convinced that if there ever were a successful mental health strategy and national action plan, it will be dependent on a primary care infrastructure. We have yet to create it, but we must.

Dr. Patel, in your brief that you mention one of the five wheels. The first one is amending the Canada Health Act to include psychiatric hospitals. I want the full panel to comment on this, but I would ask you first. I do not profess to know any more about mental health than anyone else on this committee even though I am an M.D.

It seems to me that you have some very useful tools in the management of mental health, with psychopharmacology, and so forth, and this fosters a close working association with the primary care infrastructure. Why would you want to make hospitals the focal point of a statement? It seems that you need something much bigger and broader. Would you comment on that, Dr. Patel? Perhaps the other witnesses will comment after.

Dr. Patel: We focused on the Canada Health Act and the hospitals so that, as in the case that Dr. Woodside elucidated, we can treat mental illness on the same footing as all other illnesses, including cardiac care. The act has ignored that aspect of the continuum of care. That brings us to the primary care, which is a continuum of total care from primary contact all the way to specialty. The CMA does not recognize it as a division of primary versus specialty care. We think there is a continuum of care from birth to end-of-life issues. We need to make it patient-focused. If we then provide the necessary services, we can address the problem. To segregate it in any arbitrary way does not make sense.

Opening up the Canada Health Act has come into discussion recently. Politically, it is probably not palatable. The Prime Minister says that he is loathe to open up the act. However there could be regulatory changes to address the inequities of the treatment of mental health and mental illness patients, but give them the same credibility and recognition. Take, for example, disability tax credit forms; why are they being discriminated against? Dr. Beck is on one of those councils looking at the fact that we should address that for patients who have mental illness. The fact that when I give a sick note to a patient of mine, if there is a mental illness, there is a kickback or a push back from the employer to get more evidence, more certification. However, if I say they have a fractured femur, there is no problem. They can be disabled for a long time. There are many issues that come to

Le sénateur Keon: J'aimerais parler de la stratégie de santé mentale dans le plan d'action national. J'imagine que si nous restons muets sur le sujet, on nous accusera d'être irresponsables. Essayons donc d'en apprendre le plus possible de vous.

Je siège depuis quelque temps au comité chargé d'établir un plan pour le système de santé publique de l'Ontario. Ces réunions m'ont amené à conclure que tout dépendra des infrastructures de soins primaires. Je crois comprendre que vous êtes tous convaincus que le succès de la stratégie de santé mentale et du plan d'action national dépendra des infrastructures de soins primaires. Elles restent à créer, mais il le faut.

Docteur Patel, dans votre mémoire vous parlez d'une des cinq roues. La première est de modifier la Loi canadienne sur la santé pour qu'elle s'applique aux hôpitaux psychiatriques. J'aimerais entendre les vues de tout le panel, mais je vous pose d'abord la question à vous. Je ne prétends pas en savoir davantage que quiconque ici sur la santé mentale, même si je suis moi-même médecin.

Il me semble que vous disposez d'outils très utiles dans la gestion de la santé mentale, avec la psychopharmacologie et le reste et que cela favorise des rapports de travail étroits avec l'infrastructure de soins primaires. Pourquoi voudriez-vous faire des hôpitaux le coeur de cible? Il me semble qu'il vous faut quelque chose de beaucoup plus gros et de beaucoup plus vaste. Pourriez-vous me dire ce que vous en pensez, docteur Patel? Les autres témoins pourront peut-être aussi répondre après.

Le Dr Patel: Nous nous sommes concentrés sur la Loi canadienne sur la santé et les hôpitaux pour que, comme dans le cas donné par le Dr Woodside, nous puissions traiter la maladie mentale comme les autres maladies, y compris les maladies cardiaques. La loi est muette sur cet aspect du continuum de soins. Cela nous amène aux soins primaires, qui est un continuum de soins complets qui va du contact initial jusqu'à la spécialité. L'AMC ne voit pas d'opposition entre les soins primaires et les soins spécialisés. Pour nous, c'est un continuum de soins qui va de la naissance à la mort. Le centre d'intérêt doit être le malade. Si nous fournissons ensuite les services nécessaires, nous pouvons régler le problème. Établir cette distinction arbitraire n'a aucun sens.

Il a récemment été question d'ouvrir la Loi canadienne sur la santé. Politiquement, ce n'est sans doute pas acceptable. Le premier ministre dit répugner à ouvrir la loi. Il pourrait par contre y avoir des changements réglementaires pour corriger la manière inégale dont sont traités la santé mentale et les malades mentaux et leur accorder la même crédibilité et la même reconnaissance. Prenez les formulaires de crédit d'impôt pour personnes handicapées; pourquoi sont-ils victimes de discrimination? La Dre Beck siège à un des conseils qui examinent le fait que c'est une situation à corriger pour les malades mentaux. La réalité, c'est que lorsque je donne un billet à un de mes malades, s'il s'agit d'une maladie mentale, l'employeur réagit en exigeant des preuves supplémentaires, une attestation. S'il s'agit d'une fracture du fémur, par contre, c'est tout autre chose. Le malade peut être

mind. Certainly, the Canada Health Act could be changed to include patients on the same footing as other illnesses. I hope Dr. Garfinkel can add to that.

Dr. Garfinkel: I certainly agree that primary care reform has to be the basis for how we would advance the mental health system. I also agree that the powerful new treatments in psychopharmacology have changed our field. When you look at our entire treatment continuum, it is much beyond the hospital. I am here representing a hospital, but we are looking at a system of care that must be formed.

I think changing the Canada Health Act would be hugely powerful from a symbolic point of view. It would be saying that we are correcting a wrong. We did not understand mental illnesses years ago and now we realize that they are like any other form of human pain and suffering. That would be dramatic.

Senator Keon: Dr. Garfinkel, may I lead you down the garden path a little further? If there were a recommendation to change the Canada Health Act, would you recommend an inclusion of a mental health strategy rather than including psychiatric hospitals?

Dr. Garfinkel: That is a good point. I must give that more thought. On first thought, that is a very good idea.

Dr. Woodside: Senator, your points about integrating mental health reform with primary health care reform are key. Part of the way our association sees the matter is that they can proceed apace. That is where our shared caring initiative is coming from. It is trying to help drive some of the process of change in the primary care system while we try to drive some of the change in the process of the mental health system as well. They do go hand in hand.

I would be alarmed if you were suggesting, senator, that we should defer efforts to reform. The mental health system until there was some nation-wide agreement about the reform of the primary health care system. We would all be long gone by that point.

Senator Keon: However, when we draw the boxes we could draw that, regardless of how much dust it gathers. May I ask you the same question, Dr. Woodside?

Dr. Woodside: The specific issue about mental hospitals could be addressed by a simple regulation. Reopening the Canada Health Act is a slam-dunk. That could be done tomorrow. That does not require a lot. The minister only has to change the regulation; it is very simple. Reopening the Canada Health Act to alter some of the wording related to mental health would be a dramatic, symbolic act.

However, there are other ways for the government to take dramatic, symbolic acts without opening the Canada Health Act if that is a barrier. For example, as I said before, the government could say that they are committed to developing a national plan for mental health because it is a serious illness. That would be a

invalide longtemps. Beaucoup de problèmes me viennent à l'esprit. Chose certaine, la Loi canadienne sur la santé pourrait être modifiée pour que ces malades soient traités comme n'importe quel autre. J'espère que le Dr Garfinkel peut ajouter quelque chose à cela.

Le Dr Garfinkel: Je pense également que la réforme des soins primaires doit être le point de départ de la réflexion sur le système de santé mentale. Et c'est vrai aussi que les nouveaux traitements puissants de la psychopharmacologie ont changé le paysage. Quand vous considérez le continuum de traitement global, il va bien plus loin que l'hôpital. Je représente ici un hôpital, mais il s'agit d'un système de soins à bâtir.

Modifier la Loi canadienne sur la santé aurait un énorme effet symbolique. Ce serait une façon de dire que nous réparons un tort. Il y a des années, nous ne comprenions pas la maladie mentale et aujourd'hui nous nous rendons compte qu'elle est semblable à toute autre forme de douleur ou de souffrance humaine. Ce serait radical.

Le sénateur Keon: Docteur Garfinkel, pourrais-je peut-être vous entraîner un peu plus loin? S'il était recommandé de modifier la Loi canadienne sur la santé, recommanderiez-vous aussi d'inclure une stratégie de santé mentale au lieu d'inclure les hôpitaux psychiatriques?

Le Dr Garfinkel: C'est une bonne question. Il faudra que je réfléchisse. À première vue, ça semble être une excellente idée.

Le Dr Woodside: Sénateur, ce que vous dites à propos d'intégrer la réforme de la santé mentale à celle des soins de santé primaires est essentiel. Pour notre association, les deux peuvent aller de pair. C'est de là que vient notre initiative de soins partagés. Le but est d'enclencher la transformation du système de soins primaires tout en amorçant le même changement dans le système de santé mentale. Les deux vont de pair.

Vous me feriez peur, sénateur, si vous me disiez qu'il faut reporter la réforme, s'il fallait attendre un accord pancanadien sur la réforme du système de santé primaire avant de réformer le système de santé mentale. Il y a longtemps que nous ne serions plus de ce monde s'il fallait attendre jusque-là.

Le sénateur Keon: Mais quand on en tracera l'esquisse, on pourra le prévoir, même si cela doit attendre. Je vous pose la même question, docteur Woodside.

Le Dr Woodside: Le problème précis des hôpitaux psychiatriques pourrait être réglé uniquement par la réglementation. Rouvrir la Loi canadienne sur la santé, c'est couru d'avance. Ça peut se faire dès demain. Ça ne demande pas beaucoup. Le ministre n'a qu'à changer le règlement; c'est très simple. Rouvrir la Loi canadienne sur la santé pour modifier l'énoncé relatif à la santé mentale serait un acte symbolique de premier ordre.

Il y a toutefois d'autres façons pour le gouvernement de faire des actes symboliques radicaux qui ne supposent pas la réouverture de la Loi canadienne sur la santé si cela fait problème. Par exemple, comme je l'ai déjà dit, il pourrait se dire déterminé à élaborer un plan d'action national pour la santé

similar dramatic symbolic act. This specific issue just requires a regulatory change. The regulation was written the way it was because of a misunderstanding about the nature of mental health care 20 years ago; that is all it is.

Senator Keon: You think that is one small step worth taking in isolation?

Dr. Woodside: Absolutely.

Senator Keon: Dr. Beck, would you care to comment?

Dr. Beck: When you mentioned it in terms of the focus, I did not see it really as a focus. Again, it goes back to the case that Dr. Woodside spoke about. In the same way that all other health care meets five conditions of the Canada Health Act, mental health should also meet those five criteria.

The Chairman: Dr. Woodside, to clarify for you, it was not a mistake when they excluded mental institutions in the Canada Health Act. The original hospital act had existed since 1957. It was excluded in 1957 because the federal government argued at the time that, because they perceived mental illness to be a perpetual, on-going situation, they were contributing to long-term care through the Canada Assistance Plan. All they did when they did the Canada Health Act was carry that over.

Senator Morin: That is exactly my point. I do not know what we mean by opening up the Canada Health Act. Provincial psychiatric hospitals are excluded from the Canada Health Act because they are considered as chronic, long-term care hospitals. They are excluded in the same way as long-term care hospitals in other areas such neurological disease or long-term care for quadriplegics.

If we want to include provincial psychiatric hospitals, the other long-term hospitals in the country will want to be included, too. I do not blame them. Psychiatric units in general hospitals are included. That is where the great majority of psychiatric patients are treated.

I do not know what we mean by opening up the Canada Health Act. That is the question the chair asked. If mental illness is considered differently, and then we are including home care and other parts of it in the Canada Health Act, then this would not apply to other illnesses. Mental illness is considered exactly the same way as the other conditions. They are treated no differently. We do not open up the Canada Health Act for symbolic reasons — that is, merely to show that mental health is important. This is not the first time that we have heard this. The CMA has been asking to open up the Canada Health Act ever since I have been in the Senate. There is no special virtue, unless we want to treat mental illnesses differently from the other conditions.

mentale parce qu'il s'agit d'une maladie grave. Ce serait un autre acte symbolique radical. Il ne suffit ici que d'un changement d'ordre réglementaire. Le règlement a été rédigé de la façon dont il a été à cause d'une méprise sur la nature des soins de santé mentale il y a vingt ans. C'est tout.

Le sénateur Keon: Vous estimez que c'est un petit pas dans la bonne direction qu'il vaut la peine de faire isolément?

Le Dr Woodside: Tout à fait.

Le sénateur Keon: Docteur Beck, avez-vous quelque chose à ajouter?

La Dre Beck: Vous en avez parlé comme s'il s'agissait d'une question d'insistance alors que ce n'est pas ainsi que je vois les choses. Cela nous ramène au cas donné par le Dr Woodside. De la même façon que toutes les autres formes de soins de santé répondent aux cinq conditions de la Loi canadienne sur la santé, la santé mentale doit elle aussi répondre à ces cinq conditions.

Le président: Docteur Woodside, je vais apporter une précision. Ce n'est pas par erreur que les établissements psychiatriques ont été exclus de la Loi canadienne sur la santé. L'ancienne loi sur les hôpitaux existait depuis 1957. Ils ont été exclus en 1957 parce que le gouvernement fédéral a soutenu à l'époque que, la maladie mentale étant perçue comme une affection permanente, ils contribuaient aux soins de longue durée par l'intermédiaire du Régime d'assistance publique du Canada. Dans la Loi canadienne sur la santé, on n'a fait que reprendre cette ligne de conduite.

Le sénateur Morin: C'est précisément ce que j'allais dire. Je ne comprends pas ce qu'on veut dire par rouvrir la Loi canadienne sur la santé. Les hôpitaux psychiatriques provinciaux sont exclus de la Loi canadienne sur la santé parce qu'ils sont considérés comme des établissements de soins chroniques de longue durée. Ils sont exclus de la même façon que les hôpitaux de soins de longue durée d'autres secteurs comme les maladies neurologiques ou les soins de longue durée pour les tétraplégiques.

Si nous voulons inclure les établissements psychiatriques provinciaux, les autres hôpitaux de soins de longue durée du pays voudront aussi être inclus. Je ne les blâme pas. Les unités de psychiatrie des hôpitaux généraux sont incluses. C'est là où sont traités la grande majorité des malades psychiatriques.

Je ne sais pas ce qu'on veut dire par ouvrir la Loi canadienne sur la santé. C'est la question que le président a posée. Si la maladie mentale est considérée différemment et si l'on inclut les soins à domicile et d'autres éléments dans la Loi canadienne sur la santé, alors ça ne s'appliquerait pas aux autres maladies. La maladie mentale est considérée exactement de la même façon que les autres. Elle n'est pas traitée différemment. On n'ouvre pas la Loi canadienne sur la santé pour des raisons symboliques — c'est-à-dire uniquement pour montrer que la santé mentale est importante. Ce n'est pas la première fois que j'entends cela. L'AMC demande que l'on ouvre la Loi canadienne sur la santé depuis que je suis arrivé au Sénat. Cela ne présente pas d'avantage particulier, à moins que nous voulions traiter la maladie mentale différemment des autres maladies.

My last point, Dr. Woodside, is this: What about applying to the CIHR for funds?

Dr. Woodside: Senator Morin, I do apply to CIHR for funds. Several of the projects that I am involved with are very large and too large for CIHR to fund. They do not have the money to support the application. One is a \$10 million project with 11 sites. I am not the lead; I am one of the 11 sites. The project is too large for them to fund. They do not have the budget to fund a project of that magnitude for mental health.

Mental hospitals have changed over the last 30 years. I am sure Dr. Garfinkel is eager to comment on that.

In 1957, sure, mental hospitals were primarily providing custodial care. That is a small part of what mental hospitals do now. They are actively involved in providing acute psychiatric care as well. The duration of the treatment is sometimes longer than that in a general hospital, but to class all psychiatric treatment provided in psychiatric hospitals as custodial care no longer reflects the reality of those hospitals' function.

Senator Morin: The answer to that is not to change the act, it is to change the classification of the hospitals. There are a number of things. The Heart Institute in Ottawa is under a special classification. If you think that the provincial psychiatric hospitals should consider such a thing, all you have to do is change the classification, not open up the act.

Dr. Beck: I think that the speakers felt that changing the status of the psychiatric hospitals does not require opening up the Canada Health Act. All this requires is a regulatory change. However, it unnerves me somewhat, senator, when you say it is not worth opening up the Canada Health Act for a symbolic gesture. If, by opening up the Canada Health Act, we could remove a tremendous amount of the discrimination around psychiatric illnesses in this country, I would say go for it.

Senator Morin: Opening it in what way?

Dr. Beck: In terms of making certain that mental illness in this country is treated the same way as other illnesses.

Senator Morin: That is not under the Canada Health Act; that is just the transfer of federal funds to provinces under certain conditions. It is nothing more than that.

Dr. Patel: The example we raised was of the Alberta resident not getting the appropriate care she needed. That is a portability of in-patient psychiatric care that is currently not addressed in the Canada Health Act. That is why we focused on that. There is no other reason — just to make sure that Canadians get the same service nationally.

Ma dernière question est la suivante, docteur Woodside: que pensez-vous de demander des fonds aux IRSC?

Le Dr Woodside: Sénateur Morin, je demande effectivement des fonds aux IRSC. Beaucoup de projets auxquels je participe sont très gros — trop gros pour que les IRSC puissent les financer. Ils n'ont pas les fonds pour accepter ma demande. Dans un cas, il s'agit d'un projet de dix millions de dollars sur onze sites. Je ne suis pas le directeur, je ne suis qu'un des onze sites. Le projet est trop gros pour qu'ils puissent le financer. Ils n'ont pas le budget qu'il faut pour financer un projet de cette ampleur en santé mentale.

Les hôpitaux psychiatriques ont changé depuis trente ans. Le Dr Garfinkel brûle sans doute de vous en parler.

En 1957, oui, les hôpitaux psychiatriques offraient surtout des soins de garde. C'est une petite partie du travail des hôpitaux psychiatriques aujourd'hui. Ils offrent aussi beaucoup de soins psychiatriques aigus. La durée du traitement est parfois plus longue que dans un hôpital général, mais dire que tous les traitements psychiatriques offerts dans les hôpitaux psychiatriques sont des soins de garde ne reflète plus la réalité de ces établissements.

Le sénateur Morin: La réponse à cela n'est pas de changer la loi, c'est de changer la classification de l'établissement. Il y a un certain nombre de choses. L'Institut de cardiologie d'Ottawa est dans une catégorie à part. Si vous pensez que les hôpitaux psychiatriques provinciaux devraient envisager la même chose, vous n'avez qu'à changer sa classification, pas à ouvrir la loi.

La Dre Beck: Les intervenants pensent je crois que pour changer la classification des hôpitaux psychiatriques, il ne serait pas nécessaire d'ouvrir la Loi canadienne sur la santé. Une modification réglementaire serait suffisante. Cependant, cela me déconcerte un peu, sénateur, lorsque vous dites qu'il ne vaut pas la peine d'ouvrir la Loi canadienne sur la santé à titre de geste symbolique. Si une modification de la Loi canadienne sur la santé permettait d'éliminer beaucoup de discrimination entourant les maladies psychiatriques au Canada, alors je dirais faites-le.

Le sénateur Morin: La modifier de quelle façon?

La Dre Beck: Afin de s'assurer qu'au Canada, les maladies mentales sont traitées de la même façon que les autres maladies.

Le sénateur Morin: Cela ne relève pas de la Loi canadienne sur la santé; il suffit tout simplement de transférer des fonds fédéraux aux provinces sous certaines conditions. Rien de plus.

Le Dr Patel: L'exemple que nous avons donné était celui d'une citoyenne de l'Alberta qui n'avait pu obtenir les soins dont elle avait besoin. À l'heure actuelle, la Loi canadienne sur la santé ne prévoit pas la transférabilité des soins psychiatriques aux malades hospitalisés. C'est pour cette raison que nous avons mis l'accent sur cette question. Il n'y a pas d'autres raisons — nous voulons tout simplement nous assurer que les Canadiens reçoivent le même service partout au pays.

The Chairman: I thank all of you for coming. It has been a terrific time. I know that we are also dealing with a number of you individually on other mental health issues as we go along. Thank you for coming.

I would ask the next panel to come forward. I thank our next witnesses for coming. Senators, we have three witnesses — Ms. Nancy Panagabko, Mr. John Service, and Mr. Stephen Arbuckle. Welcome all of you.

We will begin with Ms. Panagabko. I know you have been here so you have watched the process as we have gone along.

Ms. Nancy Panagabko, President, Canadian Federation of Mental Health Nurses: Honourable senators, I am president-elect of the Canadian Federation of Mental Health Nurses, which is an affiliate of the Canadian Nurses Association. Beside me is Ms. Annette Osted, who is representing the Registered Psychiatric Nurses of Canada, and we will be available to answer your questions.

On behalf of all Canadian nurses, we are here to address our concerns with the care available to Canadians with mental illness. In the recent budget, the federal government has committed significant resources to public health. In early February, the Prime Minister reconfirmed the intent of the federal government to work with the provincial and territorial governments to reform and sustain Canada's health system. However, as mental health and psychiatric nurses, we are concerned that mental health and well-being continues to be the "orphan child," without family, support and recognition.

We see many different types of mental health cases. According to Statistics Canada, 3,863 people take their lives each year. Canadian-born males are four times more likely than females to commit suicide. Suicide is primarily a youth phenomenon, with the elderly following close behind. With respect to stress, a recent Ipsos-Reid survey indicates that the top two contributors to absenteeism and/or health costs in the workplace are depression-anxiety-other mental health disorders, about 66 per cent, and stress, about 60 per cent. This places a controllable burden not only on Canadian businesses and the economy, but also adds direct costs to the health care system. Can it be addressed? Yes. Will it be addressed? It is partially, through employee assistance and other wellness initiatives; however, we do not know if the system will be there for them and for how long.

Another illness is schizophrenia. A person diagnosed with paranoid schizophrenia can handle most day-to-day challenges with the appropriate medications and supports. If that person is homeless and/or if they lack consistent access to health professionals, there are significant challenges to the management of the illness.

Le président: Je vous remercie tous d'être venus. Cela a été très intéressant. Je sais que nous consultons également un certain nombre d'entre vous individuellement sur d'autres questions de santé mentale dans le cadre de notre étude. Je vous remercie d'être venus.

Je demanderais au groupe suivant de s'avancer. Je remercie nos prochains témoins d'être venus. Sénateurs, nous avons trois témoins — Mme Nancy Panagabko, M. John Service et M. Stephen Arbuckle. Bienvenue à tous.

Nous allons commencer par Mme Panagabko. Je sais que vous étiez ici, de sorte que vous avez pu constater notre façon de procéder.

Mme Nancy Panagabko, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale: Honorables sénateurs, je suis présidente élue de la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale, une filiale de l'Association des infirmiers et infirmières du Canada. Je suis accompagnée de Mme Annette Osted, qui représente Registered Psychiatric Nurses of Canada, et nous répondrons volontiers à vos questions.

Au nom de toutes les infirmières et de tous les infirmiers du Canada, nous sommes ici pour vous faire part de nos préoccupations concernant les soins offerts aux Canadiens atteints de maladie mentale. Dans le dernier budget, le gouvernement fédéral s'est engagé à consacrer des ressources importantes à la santé publique. Au début de février, le premier ministre a reconfirmé l'intention du gouvernement fédéral de travailler avec les gouvernements provinciaux et territoriaux en vue de réformer et de maintenir le système de santé du Canada. Cependant, à titre d'infirmiers et d'infirmières qui travaillent dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale, nous craignons que le bien-être et la santé mentale continuent d'être l'orphelin, sans famille, sans soutien et sans reconnaissance.

Nous voyons de nombreux différents types de cas de santé mentale. Selon Statistique Canada, il y a 3 863 cas de suicide chaque année. Les hommes nés au Canada risquent quatre fois plus que les femmes de se suicider. Le suicide est surtout un phénomène que l'on retrouve chez les jeunes, mais les personnes âgées suivent de près. En ce qui concerne le stress, un sondage récent d'Ipsos-Reid révèle que les deux principaux facteurs contribuant à l'absentéisme et aux coûts de santé en milieu de travail sont la dépression, l'anxiété et d'autres maladies mentales, soit environ 66 p. 100, et le stress, environ 60 p. 100. Cela impose un fardeau contrôlable non seulement aux entreprises et à l'économie canadienne, mais cela ajoute également des coûts directs au régime de soins de santé. Peut-on y remédier? Oui. Va-t-on y remédier? On le fait en partie grâce aux programmes d'aide aux employés et à d'autres initiatives de mieux-être; cependant, nous ne savons pas si le système sera là pour eux et pendant combien de temps il y sera.

Une autre maladie est la schizophrénie. Une personne qui a été diagnostiquée comme souffrant de schizophrénie paranoïde peut faire face à presque tous les défis quotidiens si elle reçoit les bons médicaments et les soutiens appropriés. Si cette personne est sans abri ou si elle n'a pas un accès constant à des professionnels de la santé, il devient alors très difficile de gérer la maladie.

At what point will it become politically appropriate to deal in a concrete and coordinated fashion with mental health issues? Senators, you have had a chance to read our submission. We look forward to answering your questions. Canadian mental health workers and psychiatric nurses are looking to the committee to play a leadership role in ensuring action on mental health issues.

[Translation]

Mr. John Service, Executive Director, Canadian Psychological Association: Mr. Chairman, I am very pleased to have this opportunity to meet with the committee to discuss Canada's health care system and how mental health fits into this system. The Canadian Psychological Association presented a brief to the committee in 2003. At the same time, we submitted several other documents.

[English]

I would like to look at political leadership, mental health across the continuum of care, intersectorial disorganization, stigma as a systemic discrimination — which seems to be a theme, does it not? — and, interdisciplinary collaboration.

Provincial and territorial governments are responsible for listing and de-listing health services. It is the history of provincial and territorial governments over the past several decades to de-list mental health services, both in actuality, in terms of them not being provided — such as hospitals in Toronto eliminating departments of psychology completely — and by not allowing them to grow as they should, based on population health data. That is a relative kind of de-listing that has been occurring for decades.

The Canadian Psychological Association, CPA, strongly supports a national action plan. How can we get about the business of correcting something unless we have a plan? How can we have discussions with different levels of government unless we have a plan, and how can we evaluate progress without a plan? We must have a plan. The CPA is a member of CAMIMH — the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health — and so we strongly support CAMIMH's proposed action plan.

What would be helpful would be for Health Canada to work closely with CAMIMH, to provide some funds, and flesh out a comprehensive plan that looks at stigma, service delivery, social conditions, and social interventions such as housing, research and recruitment.

In respect of recruitment, you have heard from the previous panel the terrible difficulty in attracting psychiatrists and family practitioners into the field. Psychology does not have that problem. There are about 400 applicants today for graduate programs such as the Dalhousie and Queens Ph.D. programs, and

À quel moment sera-t-il politiquement opportun d'aborder de façon concrète et coordonnée les problèmes de santé mentale? Sénateurs, vous avez eu l'occasion de lire notre mémoire. Nous sommes impatients de répondre à vos questions. Les travailleurs canadiens en santé mentale et les infirmiers et les infirmières en soins psychiatriques comptent sur votre comité pour jouer un rôle de leadership afin de s'assurer que des mesures sont prises dans le domaine de la santé mentale.

[Français]

M. John Service, directeur exécutif, Société canadienne de psychologie: Monsieur le président, je suis très heureux d'avoir l'opportunité de rencontrer le comité pour discuter du système de santé au Canada et la place de la santé mentale dans ce système. La Société canadienne de psychologie a soumis un mémoire au comité en 2003. En même temps, nous avons soumis plusieurs autres documents.

[Traduction]

Je voudrais examiner le leadership politique, la santé mentale dans un continuum de soins, la désorganisation intersectorielle, la stigmatisation sous forme de discrimination systémique — qui semble être un thème, n'est-ce pas? — et, la collaboration interdisciplinaire.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont la responsabilité de déterminer quels soins de santé figurent ou non à la liste des services de santé. Depuis plusieurs décennies, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont l'habitude de rayer de la liste les services de santé mentale, à la fois dans les faits, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas offerts — notamment alors que des hôpitaux à Toronto sont en train d'éliminer entièrement les services de psychologie — et en les empêchant de croître comme ils le devraient, selon les données de santé démographiques. Ce genre de radiation de la liste se fait depuis des décennies.

La Société canadienne de psychologie, la SCP, appuie fermement un plan d'action national. Comment pouvons-nous corriger la situation si nous n'avons pas de plan? Comment pouvons-nous avoir un échange avec les pouvoirs publics aux différents échelons si nous n'avons pas de plan, et comment pouvons-nous évaluer les progrès sans un plan? Nous devons avoir un plan. La SCP est membre de l'ACMSM, l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale — et nous appuyons fermement le plan d'action proposé par l'ACMSM.

Ce qui serait utile, c'est que Santé Canada travaille en étroite collaboration avec l'ACMSM, offre du financement et étoffe un plan global qui examine la stigmatisation, la prestation des services, les conditions sociales et les interventions sociales, notamment le logement, la recherche et le recrutement.

En ce qui a trait au recrutement, les groupes précédents vous ont parlé des difficultés à attirer des psychiatres et des omnipraticiens dans le domaine. En psychologie, nous n'avons pas ce problème. Il y a environ 400 candidats aujourd'hui aux programmes d'études de deuxième cycle comme les programmes

they are accepting four or five people. We have many people who would be interested in working in this field, but they cannot get into the system.

In regard to practitioners and providing service, in the City of Ottawa, for example, there are as many practitioners as anywhere else in the country per population. They are extremely busy, because people who can afford the psychological services service within two to three weeks and they are very happy. They are paying \$100 to \$150 an hour. They have to be discriminating consumers, and they are getting benefit.

There are significant structural problems within the system that can be addressed. We would think that this action plan could address much of that, but there will be no change without dollars. Everybody has said that so far. I know governments hate to hear it, but dollars will bring change. If there is a significant contribution to the federal-provincial-territorial transfers, it is possible to move this forward in an exciting way. Your comments and questions to the other panellists in respect of how that might be done and whether it is preferable to have, as the honourable senator said, a separate plan. Those are important issues, and I have had some experience with that.

Mental health is across the continuum of care. That has been said before. Psychology is the science of the biological, cognitive, affective, social, cultural and environmental determinants of behaviour. That framework — how we think, feel and behave in our social and physical environments — is applied to the continuum of care. It is impossible to see how we can do a good job by carving behaviour out of wellness. Wellness is a big chunk of that. It is about behaviour — the things we choose to do or not, the things we eat or do not eat. Behaviour is a big issue — so it is in injury and illness prevention and so it is in family practice and primary care. Studies show that up to 60 per cent of the patients who walk through a family practice door has a psychological or psychiatric illness, or that it is an important contributor. Behaviour is also important in rehabilitation and relapse prevention, in chronic disease and long-term disability management, and in palliation.

If we conceive of mental health, mental illness and addictions as part of and central to the operations of the entire health system, we then make an extremely important structural change that brings mental illness into prime time as opposed to it being ghettoized over here with just the “crazy people” that nobody has to really deal with or the “worried well” for whom we have no time to deal with.

de doctorat de Dalhousie et de Queens, alors qu'ils n'en acceptent que quatre ou cinq. Il y a bien des gens qui seraient intéressés à travailler dans ce domaine, mais qui ne peuvent entrer dans le système.

En ce qui concerne les praticiens et les services, ici dans la ville d'Ottawa, par exemple, il y a autant de praticiens que n'importe où ailleurs au pays par habitant. Ils sont extrêmement occupés, car les gens qui ont les moyens de se payer des services de soins psychologiques obtiennent ces services en deux ou trois semaines et ils en sont très heureux. Ils paient entre 100 et 150 \$ de l'heure. Ils doivent être des consommateurs avisés et ils en retirent des avantages.

Il y a d'importants problèmes au niveau structurel au sein du système qui doivent être corrigés. Nous croyons que ce plan d'action pourrait permettre de les corriger en grande partie, mais il ne pourra y avoir de changement sans investissement. Tout le monde jusqu'à présent l'a dit. Je sais que les gouvernements n'aiment pas l'entendre, mais l'investissement apportera le changement. S'il y a une contribution importante aux transferts fédéraux-provinciaux-territoriaux, il sera alors possible de faire des progrès intéressants. Vos observations et les questions que vous avez posées aux autres panelistes sur la façon dont cela pourrait se faire et s'il serait préférable d'avoir, comme l'honorable sénateur l'a dit, un plan distinct, sont des questions importantes, et j'ai une certaine expérience de ces questions.

La santé mentale fait partie d'un continuum de soins. On l'a déjà dit. La psychologie est la science des facteurs déterminants biologiques, cognitifs, affectifs, sociaux, culturels et environnementaux du comportement. Ce cadre — la façon dont nous pensons, dont nous nous comportons dans nos environnements social et physique — s'applique au continuum de soins. Il est impossible de voir comment nous pouvons faire un bon travail en excluant le comportement du bien-être. Le bien-être est un élément très important. Il s'agit du comportement — des choses que nous choisissons de faire ou de ne pas faire, de ce que nous décidons de manger ou de ne pas manger. Le comportement est une question importante — il s'agit donc de prévenir les blessures et la maladie, il s'agit donc de médecine généraliste et de soins primaires. Les études révèlent que jusqu'à 60 p. 100 des patients qui consultent un omnipraticien ont une maladie psychiatrique ou psychologique, ou que cela est un élément important. Le comportement est également important au niveau de la réadaptation et de la prévention des rechutes, dans la gestion des maladies chroniques et de l'invalidité à long terme et au niveau de la palliation.

Si nous considérons que la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie font partie et sont au centre des activités de tout le système de santé, nous procédons alors à un changement structurel extrêmement important qui amène la maladie mentale au premier plan au lieu de la confiner dans un ghetto en compagnie des «cinglés» dont personne ne doit vraiment s'occuper ou des «inquiets en bonne santé» dont nous n'avons pas le temps de nous occuper.

You have heard about stigma and discrimination. I cannot enforce that enough. I heard a young congressman from Rhode Island by the name of Kennedy talk about this. He was very interesting. He conceptualized the discrimination against people with mental illnesses in the United States as the same kind of discrimination experienced by Black people and by women in the 1950s and 1960s. He said it is the same system, and that we can correct it in the same way. He says you solve that systemic discrimination by doing what we know works in discrimination, which includes things like significant financial investments to turn the system and for affirmative action.

In our case, affirmative action will mean a disproportionate investment in mental health, mental illness and addiction services over the short and medium-term to bring a reasonable balance. It will not happen otherwise. It is the same problem that the Social Sciences Humanities Research Council, SSHRC, has. SSHRC has to expand. They cannot do it without having some kind of asymmetrical investment. We also need to have public education and mental health and mental illness and addictions must be included as prime time players across the whole spectrum of health, as are cancer and other chronic illnesses.

I worked as a clinician for 15 years in Nova Scotia. I worked with children, adolescents and families. I was the last post on the way out of town heading towards Halifax and the regional hospital or the Children's Hospital or the reform school. If you did not make it with me, you were in serious trouble, or you went back to the community. After I had been there about five years, I would see people who had been on a waiting list for two years. Therefore, a seven-year-old would be nine by the time he got to see me. We had a huge initiative to ensure that hip replacements and cardiovascular problems were taken care of, but it took two years for kids to get help.

Thinking back to that experience, there is another problem, and that is the silo problem. The European Union can allow you to get into all those countries with one passport and travel across all those borders without much of a problem. A child comes to see me after waiting two years. He or she has been taken in to the criminal justice system, gone through the school system, maybe seen the minister, probably been over to social welfare by the time I see him or her. They have been through all these systems, reintegrated, involved, separate files, and there is no transfer of information. They are fed up with telling their story. The European Union can do this with all of those kinds of complications, and we cannot allow people to transfer among those systems that we control without all of this headache, redundancy, cost and inefficiency. It is just a thought, but I think we can do something there as well.

Vous avez entendu parler de stigmatisation et de discrimination. Je ne saurais insister trop là-dessus. J'ai entendu un certain Kennedy, jeune membre du Congrès pour le Rhode Island, en parler d'abondance. Il était très intéressant. Il avait conceptualisé la discrimination à l'endroit des personnes souffrant de maladie mentale aux États-Unis en l'associant à la discrimination dont étaient victimes les noirs et les femmes dans les années 50 et 60. Il avait dit que c'était la même systémique et qu'il était possible de corriger cela de la même façon. Pour éliminer cette discrimination systémique, il suffit selon lui de faire ce qui produit déjà des résultats probants en matière de discrimination, par exemple investir abondamment pour adapter le système et faire de l'action positive.

Dans notre cas, l'action positive signifie un investissement disproportionné, à court et à moyen terme, dans les services s'occupant de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie afin d'établir un juste milieu. Sans cela, ce sera impossible. C'est le même problème pour le Conseil de recherches en sciences humaines, le CRSH. Le CSRH doit prendre de l'expansion. Et cette expansion est impossible s'il n'y a pas un genre d'investissement asymétrique. Il faut également que l'éducation publique, la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie deviennent des intervenants de premier plan dans tout le domaine de la santé, tout comme le cancer et les autres maladies chroniques.

J'ai été pendant 15 ans clinicien en Nouvelle-Écosse. Je travaillais auprès d'enfants, d'adolescents et de familles. J'étais le dernier poste avant Halifax, l'hôpital régional ou l'hôpital des enfants, ou encore le centre d'éducation surveillée. Quiconque ne réussissait pas à me voir s'exposait à de grosses difficultés, quitte à réintégrer la collectivité. Après cinq années de pratique, il m'arrivait de voir des gens qui étaient depuis deux ans sur une liste d'attente. Cela veut dire qu'un enfant de sept ans ayant des problèmes avait neuf ans au moment où il venait me voir. Une grosse initiative avait été lancée pour accélérer le traitement des problèmes cardiovasculaires et les chirurgies de la hanche, mais un enfant en difficulté ne pouvait pas être vu avant deux ans.

En repensant à cela, il y a un autre problème, celui du cloisonnement. Au sein de l'Union européenne, un seul passeport suffit pour aller dans tous les pays et pour traverser toutes les frontières sans guère de problème. Un enfant vient me voir après avoir attendu pendant deux ans. Il est déjà passé devant les tribunaux pénaux, il est passé par le système scolaire, il a peut-être vu un pasteur, il est peut-être aussi passé entre les mains des services sociaux avant que je puisse le voir. Cet enfant est donc passé par tous ces systèmes, il a toutes sortes de dossiers un peu partout, mais l'information ne suit pas. Le gamin finit par en avoir marre de raconter toujours la même histoire. Au sein de l'Union européenne, l'information est là malgré toutes sortes de complications, mais ici nous ne permettons pas aux gens de passer d'un système à l'autre, des systèmes pourtant sous notre contrôle, sans tous ces maux de tête, sans toutes ces redondances, tous ces coûts et toute cette inefficacité. C'est une réflexion de ma part, mais je pense que nous pourrions là aussi intervenir.

Finally, interdisciplinary collaboration is absolutely essential as is interdisciplinary education in professional schools and doctoral programs, and in primary health care reform. There are several terrific programs for several million dollars that have nice constellations of anywhere from five to ten different professions. This kind of innovation will be extremely important. We know how to work together. Psychologists have been working with cardiologists, respirologists, nurses, and physios and vice versa for decades. It is the system. If we can jig the system to allow that to happen on an as-needed basis, based on population health demands and what the patients need, we can really do a nice job, but it will take some work and some money.

Health Canada needs a department or a division of mental health. How can we have Health Canada without a division of mental health? It does not make any sense. Such a department could drive this agenda to no small measure. A mental health division could inform all of the other stuff that Health Canada has to do, like surveillance and cancer and the laboratory for disease control.

Finally, mental health has to be a partner in the new and burgeoning, developing public health agency. Social scientists and behavioural scientists comprise about 9 per cent of the employees at the Center for Disease Control, CDC, in the United States. That is a little known fact. That is a big percentage that is intimately integrated into every facet of their activity. We have a letter that we will forward on to you from CDC, describing this. This is essential.

Senator LeBreton: What percentage did you say?

Mr. Service: Nine per cent of their staff is social and behavioural scientists. We need a presence in the new public health system.

Mr. Stephen Arbuckle, Member, Health Interest Group, Canadian Association of Social Workers: Honourable senators, the Canadian Association of Social Workers is pleased to have this opportunity to provide the committee with its thoughts on this vital topic.

The social work perspective on mental health delivery, needs and services has been developed from diverse practice experiences that include not only social work involvement as health care professionals, but also social workers' experience in youth and adult corrections, victim services, child welfare, private practice counselling, employee assistance programs, housing programs, community development and policy development. Using these experiences, social work has considered the impact of mental health problems and mental illness on individuals' families and communities and has formulated priorities and recommendations in response.

Enfin, la collaboration interdisciplinaire est absolument essentielle comme l'est l'éducation interdisciplinaire dans les écoles professionnelles et les programmes de doctorat, tout comme dans la réforme des soins de santé primaires. Avec plusieurs millions de dollars, il y a plusieurs programmes formidables qui offrent ces jolies constellations de professions, parfois jusqu'à 10 professions différentes. Ce genre d'innovation va devenir extrêmement important. Nous savons comment travailler ensemble. Les psychologues travaillent déjà avec les cardiologues, avec les spécialistes des troubles respiratoires, avec les infirmiers et infirmières, avec les physiothérapeutes, et c'est le cas depuis des années et des années. Cela fait partie du système. Si nous pouvons jouer avec le système pour que cela puisse se faire lorsque c'est nécessaire, en fonction des besoins de la population dans le domaine de la santé et aussi des besoins du patient, nous pourrions faire du bon boulot, mais pour cela il faut du travail et aussi de l'argent.

Il faut que Santé Canada ait un service ou une division de la santé mentale. Comment pourrait-il en être autrement? Cela n'a pas de sens. Ce service pourrait être un moteur important pour ce genre de chose. Une division de la santé mentale pourrait informer toutes les autres activités de santé au Canada, par exemple la surveillance, le cancer et le laboratoire d'épidémiologie.

Enfin, la santé mentale doit être un élément constitutif du nouveau service de santé publique en plein essor. Chose très peu connue, les sociologues et les spécialistes du comportement représentent environ 9 p. 100 de l'effectif du Center for Disease Control aux États-Unis. C'est un pourcentage important, et ces gens interviennent de très près dans toutes les activités du CDC. Nous avons une lettre du CDC qui décrit cela et que nous vous ferons parvenir. C'est essentiel.

Le sénateur LeBreton: Quel pourcentage avez-vous dit?

M. Service: Les sociologues et les spécialistes du comportement représentent 9 p. 100 du personnel. Il nous faut une présence dans le nouveau système de santé publique.

M. Stephen Arbuckle, membre, Groupe d'intérêt lié à la santé, Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux: Honorables sénateurs, l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux est heureuse de pouvoir faire part au comité de ses réflexions sur ce sujet fondamental.

Le point de vue de notre profession au sujet de la prestation des soins de santé mentale, des besoins et des services en la matière, est le fruit d'expériences professionnelles variées qui comprennent non seulement une intervention en matière sociale de la part des professionnels de la santé, mais également l'expérience des travailleurs sociaux dans les établissements de détention pour jeunes et adultes, au niveau des services aux victimes, du bien-être des enfants, des services conseils dispensés en pratique privée, des programmes d'aide aux employés, des programmes de logement, du développement communautaire et de l'élaboration des politiques. À partir de toutes ces expériences, notre milieu professionnel a réfléchi à l'impact des problèmes de santé

Observation, assessment and consultation informs us that solutions to the problems existing within the current mental health service delivery system must begin with acknowledging the need to have a holistic approach that will reach within and outside the current system. The required changes must occur at the levels of policy development, community's capacity building and service delivery. All changes must reflect social justice principles in order to correct an imbalance of priorities that have resulted in mental illness services receiving minimal attention in comparison to physical health services. This lack of attention has been most acutely felt as institutional in-patient services have been appropriately decreased without any comparable increase on services that support people in their families or in the community-based programs.

The Canadian Association of Social Workers has a few recommendations for the committee's consideration.

First, a comprehensive national action plan must recognize the need for unique solutions at all levels of government, and reflect the diverse population regional differences, urban-rural differences and cultural differences.

Second, universal access to preventive, primary and tertiary mental health services needs to be established as a principle.

Third, poverty, as a key underlying issue for many mental health problems, must be seriously addressed by emphasis on ensuring a standard of living that truly promotes mental health.

Fourth, social policy development that affects mental health services should be guided by the Canadian Association of Social Workers social policy principles of dignity and respect, equality, equity, comprehensiveness, quality services and constitutional integrity.

Our fifth recommendation is that because psychological, social and biological determinants of health are complex and interconnected, policies that govern interconnected services such as financial assistance, transportation for the disadvantaged populations and housing should be adjusted to assist clients requiring mental health services to access available services, seek appropriate employment and live in housing that provides a mentally healthy environment.

mentale et de la maladie mentale sur les familles et les collectivités, et il a formulé des priorités et des recommandations en conséquence.

L'observation, l'évaluation et les consultations nous apprennent qu'il y a déjà des solutions aux problèmes dans le cadre du système actuel de prestations des services de santé mentale, mais qu'il faut commencer par reconnaître la nécessité d'une formule holistique au sein et à l'extérieur du système actuel. Des changements nécessaires doivent survenir au niveau de l'élaboration des politiques, de la création de capacités dans les collectivités et de la prestation des services. Tous les changements doivent traduire les principes de la justice sociale afin de corriger le déséquilibre entre les différentes priorités qui a eu pour effet que les services de santé mentale reçoivent une attention marginale comparativement aux services de santé physique. Ce manque d'attention a été ressenti avec plus d'acuité dans la mesure où les services dispensés aux patients hospitalisés ont été réduits sans qu'il y ait une augmentation comparable des services d'appui aux patients dans leurs familles ou dans le cadre de programmes conduits dans la collectivité.

L'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux aimerait soumettre quelques recommandations à l'attention du comité.

Tout d'abord, un plan d'action national complet doit reconnaître la nécessité de solutions inédites à tous les paliers de gouvernement et refléter également les nombreuses différences régionales qu'on observe chez la population, les différences entre les régions urbaines et les régions rurales et les différences culturelles.

En deuxième lieu, il importe d'ériger en principe l'accès universel aux services de santé mentale préventifs, primaires et tertiaires à hauteur des besoins.

En troisième lieu, la pauvreté, qui est un des problèmes fondamentaux qui sous-tendent beaucoup de problèmes de santé mentale, exige d'être sérieusement prise en considération en mettant l'accent sur l'obtention d'un niveau de vie qui privilégie véritablement la santé mentale.

En quatrième lieu, l'élaboration d'une politique sociale concernant les services de santé mentale doit être pilotée par les principes de dignité et de respect, d'égalité, d'équité, d'intégralité, de qualité de services et d'intégrité constitutionnelle que défend l'Association canadienne des travailleuses et des travailleurs sociaux.

Selon notre cinquième recommandation, les déterminants psychologiques, sociaux et biologiques de la santé étant complexes et interdépendants, toute politique régissant des services interconnectés comme l'aide financière, le service de transport à l'intention des populations défavorisées et le logement doit être modulée de manière à aider les clients qui nécessitent des services de santé mentale à avoir accès aux services disponibles, à chercher un travail adéquat et à vivre dans un logement offrant un environnement mentalement sain.

Sixth, persons with mental illness should be recognized as being part of a family system. Therefore, the relevance of families, significant others or other personal networks must be included in treatment considerations. Health agencies should be required to provide services to families of people with mental illness and be funded in a manner that supports such services.

Seventh, financial support needs to be available to caregivers who provide in-home care and support to relatives who suffer from persistent illness.

Eighth, financial support needs to continue to increase to those not-for-profit agencies that provide mental health support services and prevention services.

Ninth, provincial and federal funding should be provided to further develop technology that supports consultation, assessment and treatment services in rural and remote regions of the country where specialized services are particularly lacking.

Tenth, interdisciplinary training opportunities should be expanded to prepare health care professionals to work in the field of mental health. Colleges and universities that train health care professionals should ensure that the curriculum includes a comprehensive segment on mental health and mental illness.

Finally, workplace health initiatives should increase their focus on mental health issues as employees struggle to cope with the increased workload, insecurity related to downsizing and other workplace stressors.

In conclusion, the Canadian Association of Social Workers hopes that this committee will develop a plan that will provide a comprehensive national mental health strategy that will address the needs of individuals, their families, and the community.

The Chairman: Mr. Service, could I ask you to think about the following problem. I was struck by your comment on the number of people who pay between \$100 and \$150 an hour for counselling. I put that against Mr. Arbuckle's comment for all of the things that he would like to see funded.

We have an interesting dilemma. Obviously, there is a clear limit to the amount of government resources that are available for health care and other services. Second, a significant amount of private funding from individuals or corporations through EAP programs or whatever that is now funnelled into the counselling end of mental health by psychiatrists, social workers and whoever. Providing the services is not the issue. The point is that there is a significant amount of money coming in.

Sixièmement, toute personne souffrant d'une maladie mentale doit être considérée comme membre d'un système familial. Par conséquent, l'importance des familles, des conjoints et des autres relations personnelles doit être prise en compte au niveau des traitements. Il faut exiger des agences qui oeuvrent dans le domaine de la santé qu'elles offrent leurs services aux familles de gens souffrant d'une maladie mentale, et il convient de financer ces agences afin qu'elles puissent le faire.

Septièmement, il faut donner un soutien financier à tous ceux qui fournissent des soins et une aide à domicile aux parents victimes de maladie persistante.

Huitièmement, il faut continuer à augmenter le soutien financier offert aux organismes sans but lucratif qui offrent des services de prévention et d'appui relatifs aux maladies mentales.

Neuvièmement, les gouvernements fédéral et provinciaux doivent offrir les financements nécessaires au développement des technologies qui facilitent les services de consultation, d'évaluation et de traitement dans les régions rurales et éloignées qui manquent tout particulièrement de services spécialisés.

Dixièmement, il faut multiplier les possibilités de formation interdisciplinaire afin de préparer les professionnels de la santé à travailler dans le domaine de la santé mentale. Les collèges et universités qui forment les professionnels de la santé devraient faire en sorte que tous leurs programmes aient un volet complet consacré à la santé mentale et aux maladies mentales.

Enfin, les initiatives relatives à la santé en milieu de travail devraient être davantage axées sur les problèmes de santé mentale puisque de plus en plus, les employés doivent faire face à une augmentation de leur charge de travail, aux insécurités dues aux compressions d'effectifs et autres agents de stress en milieu de travail.

En conclusion, l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux espère que le comité composera un plan qui offrira une stratégie nationale complète pour la santé mentale qui soit fonction des besoins des individus, des familles et des collectivités.

Le président: Monsieur Service, je voudrais vous demander de réfléchir un peu au problème suivant. J'ai été frappé par ce que vous avez dit au sujet du nombre de gens qui paient entre 100 et 150 \$ de l'heure pour des services conseils. Et je fais ici le lien avec ce qu'avait dit M. Arbuckle à propos de toutes ces choses qu'il aimerait voir financer par l'État.

Le dilemme est intéressant. Il est certain que les ressources que le gouvernement peut accorder aux services de santé et à d'autres services sont limitées. En second lieu, une bonne partie des fonds privés émanant de particuliers ou d'entreprises dans le cadre de programmes comme le PAE sont affectés aux services conseils en santé mentale dispensés par les psychiatres, les travailleurs sociaux et qui sais-je. Offrir les services, là n'est pas le problème. Ce qui se passe, c'est qu'il y a beaucoup d'argent qui afflue.

The extent to which you go immediately to some form of an universal publicly funded program, you substantially increase public funding while saving money for upper and middle income people who are now spending money out of their own pockets to pay for the services. I hate to take money out of the system with the notion that it would come out of the system only to be put back in through public funds.

How do we keep that substantial amount of money that is now being paid for counselling services by individuals out of their own pocket coming into the system while at the same time meeting the egalitarian objectives of the Canada health plan?

I do not know the answer. However, I would hate to see a chunk of money taken out of the system because individuals would no longer have to pay for it. Then, all of that money plus the money to cover people who cannot afford it has to come out of public funding. There must be a way in which one can keep people paying who now pay.

I ask you to think about that. It strikes me as an issue with which one would want to deal otherwise we are increasing the cost of the public sector to do all the things that Dr. Arbuckle talked about. In addition, we would need to replace all the money now coming into the system.

I would like you to reflect on how we might do that from a practical standpoint.

Senator LeBreton: Ms. Panagabko, regarding psychiatric, and specially trained nurses, I am presuming it does take some specific special training to be a nurse in this field. What extra training is required? What facilities are there for that training?

Like all other areas, I am sure there is a tremendous shortage. I would want to get a picture of what the status is of this very important group of people in this field. What is the reality check that we are facing in terms of the nursing profession in this field?

Ms. Panagabko: Ms. Osted will speak to that as well because the RNs and registered psychiatric nurses are trained differently. I will tell you about registered nurses. Most of us come out of various programs.

I came out of a three-year hospital based diploma where I had six months' particular training in psychiatry. As you go along can you start making choices about where you want to focus your practicum experience.

Registered nurses come out with a general knowledge. At the time of graduation, they could hit the ground running in any of the specialties with the expectation that as time goes by, they will gain increasing knowledge in whatever they choose to go into. I went into registered nursing because I wanted a variety and figured I would move around. However, when I hit mental health psychiatry I just loved it and stayed with that and have done that for the last 30 years.

Pour passer immédiatement à une forme quelconque de programme universel public, il faut augmenter considérablement le financement public tout en faisant économiser de l'argent aux gens qui disposent de revenus moyens et élevés et qui, actuellement, paient ce genre de service de leurs poches. J'ai horreur de priver le système de fonds sachant que l'argent qu'on en retire fini de toute façon par s'y retrouver.

Comment faire en sorte que les sommes non négligeables que les particuliers paient déjà eux-mêmes pour des services conseils se retrouvent dans le système tout en respectant le principe d'égalité qui sous-tend le régime de santé publique?

J'ignore la réponse, mais j'aurais horreur de voir le système privé de ressources financières considérables parce que les particuliers n'auraient plus à payer. À ce moment-là, tout cet argent, plus celui qui doit être dépensé pour offrir le service nécessaire aux gens qui n'en ont pas les moyens, tout cela doit venir du Trésor public. Il doit bien y avoir moyen de faire en sorte que ceux qui paient déjà continuent à payer.

Je vous demanderais d'y réfléchir. Pour moi, c'est un problème qui doit être pris en compte, à défaut de quoi nous risquons de grever d'autant le secteur public pour qu'il fasse tout ce dont nous a parlé le Dr Arbuckle. Par ailleurs, il faudrait également remplacer tout l'argent qui est déjà injecté dans le système.

Je voudrais que vous réfléchissiez à la façon dont nous pourrions nous y prendre d'un point de vue pratique.

Le sénateur LeBreton: Madame Panagabko, en ce qui concerne les services psychiatriques et le personnel infirmier spécialisé, j'imagine qu'il faut effectivement une formation spécialisée pour pouvoir être infirmier ou infirmière dans cette discipline. De quel genre de formation supplémentaire parle-t-on ici? Et où la dispense-t-on?

Comme c'est le cas dans tous les autres domaines, je suis sûre qu'il y a là aussi une énorme pénurie. J'aimerais pouvoir me faire une idée de la situation de ce groupe très important de gens qui oeuvrent dans ce domaine. Quelle est la réalité qui nous interpelle dans la profession d'infirmière et d'infirmier au Canada?

Mme Panagabko: Mme Osted vous en parlera également parce que la formation est différente selon que l'on est infirmier et infirmière ou infirmier et infirmière psychiatriques autorisés. Pour ma part, je parlerai des infirmières et infirmiers. La plupart d'entre nous ont suivi des filières différentes.

Personnellement, j'ai suivi un programme de trois ans en milieu hospitalier sanctionné par un diplôme et comportant six mois de formation en psychiatrie. Au fur et à mesure que l'on progresse, on peut faire des choix en fonction du domaine où l'on veut acquérir de l'expérience pratique.

La plupart des infirmiers infirmières acquièrent ainsi des connaissances générales. À la fin de leurs études, ils peuvent immédiatement travailler dans l'une ou l'autre des spécialités et l'on s'attend d'eux qu'avec le temps, ils accroîtront leur savoir dans leur domaine. J'ai choisi les soins infirmiers parce que je voulais de la variété et espérait ainsi voir du pays. Mais j'ai adoré le secteur de la santé mentale et j'y suis restée; j'y suis depuis 30 ans.

I will let my colleague here talk about that with RPNs, but the shortage in nursing is very similar for nurses as what Dr. Service was saying about psychology. There are lots people who want to go into nursing and many nurses who want to go into the area of psych-mental health but there are long wait lists. In B.C. to get into any kind of university or college programs now it is at least a two-year wait so they choose to go elsewhere. There are not enough seats within the education system to take them into nursing.

Ms. Annette Osted, Board Member, Registered Psychiatric Nurses of Canada: Some of you may have heard our president, Marg Synyshyn, last May talking about registered psychiatric nurses and mental health. She specializes in children and adolescent mental health, so she may have taken that approach. Registered psychiatric nurses are regulated in Western Canada. Nancy Panagabko is from Victoria, British Columbia; I am from Winnipeg, Manitoba. We are the western contingent here.

We are regulated in Western Canada to operate as a separate profession under separate legislation with separate education programs. The education programs are either three-year diploma programs or four-year baccalaureate programs, as we have. About 25 per cent of our members are men and two-thirds of us work full-time, which is slightly different data than for registered nurses or licensed practical nurses. We are the largest single group of professionals providing mental health services in Western Canada.

Because 25 per cent are men, who usually have less interrupted work lives; and two thirds of us work full time — again, less interrupted work lives — we expect earlier retirement dates. There is a serious shortage now. We expect that, within the next 10 years, that will get worse. That has been validated by the recent CIHR report on registered psychiatric nurses.

Ms. Panagabko: To add to that, within the RN population, the same things follow in terms of the shortage. It is partly around the age. The average age for nurses is about 47 years now. We are all moving into retirement.

If we could move fast to get seats available in the schools and the universities, we would not be in the shape we are in now. This has been a move over the last 10 years or so. It used to be that 10,000 nurses graduated annually in Canada; now it is 3,000. That has been the case for several years so.

The Chairman: Run that by me again? I knew the figure had decreased.

Ms. Panagabko: It was 10,000 when I graduated, so 1974 to 1980. It is at 3,000 people. It is no wonder we have a shortage.

The Chairman: That number blew me away.

Je vais laisser ma collègue vous parler du personnel infirmier psychiatrique, mais on observe en soins infirmiers la même pénurie que celle dont le Dr Service parlait chez les psychologues. Beaucoup de gens veulent aller en soins infirmiers et beaucoup d'infirmiers et infirmières veulent aller dans le secteur de la santé psychiatrique/mentale, mais les listes d'attente sont longues. En Colombie-Britannique, pour être admis dans un programme post-secondaire, il faut au moins deux ans, si bien que les gens vont ailleurs. Il n'y a pas assez de place dans le système d'enseignement pour accueillir les candidats en soins infirmiers.

Mme Annette Osted, membre du conseil, Registered Psychiatric Nurses of Canada: Certains d'entre vous ont peut-être entendu notre présidente, Marg Synyshyn, en mai dernier, vous parler des infirmiers et infirmières psychiatriques et de la santé mentale. Sa spécialisation est la santé mentale des enfants et des adolescents et c'est peut-être l'angle qu'elle a choisi. La profession d'infirmière/infirmier psychiatrique est réglementée dans l'ouest du pays. Nancy Panagabko est de Victoria en Colombie-Britannique et moi je suis de Winnipeg au Manitoba. Nous formons ainsi le contingent de l'Ouest.

Dans l'Ouest du pays, la profession est réglementée de façon distincte en vertu d'une loi et d'une filière d'études distincte. La formation est soit un programme de trois ans sanctionné par un diplôme soit de quatre ans sanctionné par un baccalauréat, comme chez nous. Le quart environ de nos membres sont des hommes et les deux tiers travaillent à plein temps, ce qui est un peu différent du personnel infirmier auxiliaire. Nous sommes le plus important groupe de professionnels à offrir des services de santé mentale dans l'Ouest du Canada.

En raison du fait que 25 p. 100 sont des hommes, dont la vie au travail connaît moins d'interruption en général, et que deux tiers d'entre nous travaillent à temps plein — c'est donc dire encore une fois avec moins d'interruption —, on s'attend à prendre sa retraite plus tôt. On connaît actuellement une grave pénurie et l'on s'attend à ce qu'elle s'aggrave dans les dix prochaines années. C'est ce qu'a confirmé le rapport récent des IRSC sur les infirmières et infirmiers psychiatriques.

Mme Panagabko: La même pénurie sévit chez les infirmières et infirmiers. C'est en partie attribuable à l'âge, qui est en moyenne de 47 ans actuellement. Nous nous acheminons tous vers la retraite.

Si l'on pouvait débloquer des places dans les écoles et les universités, la situation serait différente. C'est une tendance qui dure depuis plus de dix ans. Par le passé, 10 000 infirmières et infirmiers étaient diplômés chaque année au Canada; le chiffre est maintenant de 3 000. Il en va ainsi depuis plusieurs années.

Le président: Pouvez-vous me répéter cela? Je savais que le chiffre avait baissé.

Mme Panagabko: Il était de 10 000 quand j'ai été diplômée, en 1980. Il est aujourd'hui de 3 000. Il n'est donc pas étonnant qu'il y ait une pénurie.

Le président: Ce chiffre me renverse.

Ms. Osted: As Ms. Panagabko said, for registered nurses, mental health is one of their many specialties; for registered psychiatric nurses, it is our primary area of practice. Again, we have the same situation as the registered nurses do. In Manitoba, with which I am most familiar, we have 60 seats now — both in Brandon and in Winnipeg — for 250 applicants. We cannot get them in; therefore, we cannot get them out. We cannot produce them.

Senator LeBreton: It seems obvious that if we move the whole mental health issue more into the forefront and more treatment, down the road we will have again more demand for nurses.

Ms. Osted: One of the important things to remember, for our group, 50 per cent of registered psychiatric nurses who work in community-based services, do not work in hospital-based services. That is an important factor. We are especially prominent as the single mental health resource in rural and remote areas. Working with psychiatrists in consultation very often by telephone or when they do their six-week or every three-month visits. I want to emphasize that we are not just talking about hospital services.

Senator LeBreton: I suppose the optimum would be to have increased numbers in both areas — that is, in the hospitals and in the community.

Ms. Osted: The shortages are in both places.

Senator LeBreton: Mr. Service, I thought you made a great presentation. Of course, it always comes down to political leadership. I was struck by your comment about services being de-listed by provincial governments because of budgetary concerns. Who makes the decisions and on what basis? Is it budgetary? When things are de-listed do they ever get re-listed?

Mr. Service: No, it is not often that things get re-listed. Mostly, they are de-listed.

The most dramatic example would be the teaching hospitals in Toronto, where they shut down the psychology departments at St. Mike's, the Toronto General, but they hired some back, at Sunnybrook, and at Scarborough. They were all teaching hospitals; it was all budgetary. Your report eloquently defined the different ways that hospitals are funded. It was global budgeting. It was left up to CEOs and off it went.

People of low and middle income who need those services and those facilities are out of luck. They are to be provided in the community, but they are not provided in the community.

When I say, "de-listing," I mean it in quotation marks. It is not a decision taken that no more psychological or mental health services will be provided, it is a functional de-listing by not providing the services because money is going into biomedical health or because hospitals are shutting down because of budgetary reasons or the dollars that are supposed to move to community-based services do not go there.

Mme Osted: Comme Mme Panagabko l'a dit, dans le cas des infirmières et infirmiers, la santé mentale est l'une de leurs nombreuses spécialités; pour les infirmières et infirmiers psychiatriques, c'est notre vocation première. Notre situation est la même que celle des infirmières et infirmiers. Au Manitoba, la région que je connais le mieux, il y a 60 places à Brandon et à Winnipeg pour 250 candidats. Comme nous ne pouvons pas les admettre, nous ne pouvons pas les former.

Le sénateur LeBreton: Si la santé mentale prend plus d'importance et s'il y a plus de traitements, il faudra encore plus d'infirmières et d'infirmiers plus tard.

Mme Osted: Il y a un facteur qu'il ne faut pas oublier. La moitié des infirmières et infirmiers psychiatriques travaillent en milieu communautaire et non en milieu hospitalier. C'est important. Dans les régions rurales et éloignées, nous sommes les seuls à qui l'on peut s'adresser dans le domaine de la santé mentale. Très souvent, la consultation avec le psychiatre se fait au téléphone ou lorsqu'il vient en tournée toutes les six semaines ou tous les trois mois. J'insiste sur le fait qu'on ne parle pas uniquement du travail en milieu hospitalier.

Le sénateur LeBreton: L'idéal serait sans doute d'augmenter l'effectif dans les deux secteurs, dans les hôpitaux et dans la collectivité.

Mme Osted: Il y a pénurie aux deux endroits.

Le sénateur LeBreton: Monsieur Service, vous avez fait un excellent exposé. Évidemment, tout se ramène au leadership politique. J'ai été frappée quand vous avez dit que des services sont radiés par des gouvernements provinciaux en raison de contraintes budgétaires. Qui décide et en fonction de quels critères? Est-ce uniquement financier? Quand un service est radié, arrive-t-il qu'il soit à nouveau inscrit sur la liste?

M. Service: Non, il est rare qu'ils y reviennent. Le plus souvent, ils sont radiés.

Le cas le plus frappant est celui des hôpitaux d'enseignement de Toronto, St. Mike's et le Toronto General, qui ont fermé leurs services de psychologie; Sunnybrook et Scarborough, eux, en ont réembauché quelques-uns. Il s'agissait tous d'hôpitaux d'enseignement; dans tous les cas, c'était pour des raisons financières. Votre rapport a très bien décrit les diverses formes de financement des hôpitaux. C'était la formule de la budgétisation globale. La décision a été laissée aux premiers dirigeants de chaque établissement, et ça a été supprimé.

Tant pis pour les gens à revenu faible et moyen qui ont besoin de ces services et de ces installations. C'est la localité qui est censée les offrir, sauf qu'elle ne le fait pas.

Quand je dis «radiation», je mets le mot entre guillemets. Personne ne décide qu'il n'y aura plus de service psychologique ou de santé mentale; c'est plutôt la conséquence du fait que le service n'est pas offert parce que les fonds vont à la santé biomédicale ou parce que l'hôpital ferme ses portes pour des raisons financières ou que les budgets qui sont censés être accordés aux services de proximité ne le sont pas.

When we shut down the psychiatric hospitals, there was supposed to be a bonanza of money going to the communities but it did not reach the communities. That is another way that access becomes compromised. That is what I meant.

Senator Pépin: Nursing takes you everywhere. I must admit that when I watched you and listened to you, I am so proud. I thought that nursing is really picking up. I must congratulate you on your leadership because we would have big problems if we did not have nurses. The work you are doing now in mental health is fantastic. However, when you were speaking about the closure of the nursing schools, they did the same thing in the Province of Quebec, from where I come. To realize that we now lack nurses is terrible.

Senator LeBreton asked many of my questions. However, you spoke about the importance of recognizing mental health and incorporating it with all the other sick persons, as did the other panel. Many years ago we de-institutionalized the mental health institutions that we had. Now, we find many of those patients are on the streets. We are told that a large part of the homeless are mental health patients.

Your proposal is very important. We all want to do the right thing in that direction, but how do you think we can recuperate those patients and find them? If there were some important changes, we could find less of those patients on the streets. How can we correct that situation now?

Mr. Arbuckle: I also work at the Royal Ottawa Hospital. There are some very good things happening in terms of working with people who have been “de-institutionalized.” The problem is that not enough money and services have gone into serving this hard-to-serve population.

There are some examples of good things happening in Ottawa such as psychiatric outreach teams, the new crisis intervention services and the community treatment teams, which are located in the communities — usually attached to a hospital or a community health service. A number of services are quite effective.

We still see people falling through the cracks in different ways. There are some very hard to reach people out there. We need to have more outreach and community-based services with a continuum from hospital to all the different levels of service, including the treatment services.

We need housing resources and financial resources. It is very hard to house someone in a supportive living situation when they are left with \$112 to buy cigarettes. They do not want to stay; that is all they have. There are a number of intertwining issues that must be considered in finding a solution.

Ms Panagabko: To some degree, it speaks to the integrated health team. Mr. Service alluded to it a little earlier. There is a lot of work to do. We have limited resources. We have limited people to do it, and we need to be thinking far more broadly.

Quand on a fermé les hôpitaux psychiatriques, les collectivités devaient bénéficier de toute une manne, sauf que ce n'est pas arrivé. C'est une autre façon de réduire l'accès au service. C'est ce que je voulais dire.

Le sénateur Pépin: Les soins infirmiers mènent à tout. J'étais très fière à vous entendre et à vous regarder. Je pensais que la profession reprenait du poil de la bête. Je dois vous féliciter de votre leadership parce que nous aurions de gros problèmes si les infirmières et infirmiers n'étaient pas là. Vous faites du travail fantastique dans le secteur de la santé mentale. Vous avez parlé de la fermeture des écoles de sciences infirmières et ma province à moi, le Québec, a fait la même chose. Il est terrible de se rendre compte qu'il y a maintenant pénurie d'infirmières et d'infirmiers.

Le sénateur LeBreton a posé beaucoup de mes questions. Vous avez parlé de l'importance de reconnaître la santé mentale et de l'incorporer aux autres maladies, comme l'a fait le groupe précédent. Il y a quelques années, on a donné leur congé aux malades mentaux. Aujourd'hui, beaucoup d'entre eux arpentent les rues. On nous dit que beaucoup de sans-abri sont des malades mentaux.

Votre proposition est très importante. Nous voulons tous agir comme il faut dans ce sens, mais comment pensez-vous que l'on peut récupérer ces malades et les trouver? Si on apportait des changements en profondeur, il y aurait moins de ces malades dans nos rues. Comment peut-on maintenant corriger la situation?

M. Arbuckle: Je travaille aussi à l'Hôpital Royal Ottawa. Il s'y fait d'excellentes choses auprès des anciens internés. Le problème, c'est que trop peu de crédits et de services sont consacrés à cette population difficile à desservir.

Il se fait de bonnes choses à Ottawa, comme les équipes d'approche psychiatrique, les nouveaux services d'intervention en cas de crise et les équipes de traitement de proximité, qui sont sur le terrain, habituellement rattachés à un hôpital ou à un service local de santé. Un certain nombre de ces services sont très efficaces.

Il y a encore des gens qui passent à travers les mailles du filet. Il y a des gens qui sont très difficiles à joindre. Il nous faut plus de services d'approche et de proximité et un continuum qui va de l'hôpital jusqu'aux diverses formes de service, y compris les traitements.

Il nous faut du logement et des moyens financiers. Il est très difficile de loger quelqu'un dans un milieu encadré quand la personne n'a que 112 \$ pour acheter des cigarettes. La personne ne veut pas rester; c'est tout ce qu'elle a. Il y a tout un faisceau de considérations qui doivent être prises en compte pour trouver une solution.

Mme Panagabko: Dans une certaine mesure, cela montre la nécessité d'une équipe de santé intégrée. M. Service en a parlé un peu tout à l'heure. Nous faisons beaucoup de travail mais nos moyens sont limités. Nous disposons de peu de gens et il faut adopter une perspective plus vaste.

Even if there were enough resources, we still would not be able to deal with the problem if we do not have a bit of a paradigm shift in terms of understanding the illness. This is an illness that spans a person's lifetime. It is not just from hospital to community; it is from being a child to being an adult and having the ability to enter the system at whatever point they need to. The crisis lines are involved. The police are involved as are social workers, psychologists and others.

I am against the medical model. Doctors are one entry point. They should not be the only entry point. People need to be able to come in wherever they are and get the service they require.

We are setting up a system on Vancouver Island that tries to follow that approach. Most people do not have a GP these days. There is such a limited resource. Saying we will set up a system utilizing a doctor as the gatekeeper does not make much sense to me. We are trying to have a system that tries to ensure that no matter where you enter, you receive the level of resource that you need. Not everyone needs a psychologist at \$150 an hour. The psychiatrists are precious resources. Let us ensure that the people who need to get there, do get there. If you need someone to talk to provide emotional support, it makes sense that calling the crisis line is an entry point for you.

Ms. Osted: There are some really good examples. I have found it very frustrating that treasury boards plan mental health services. Who has the least political clout? Who has the most stigma? Who will speak up the least? It is people with mental illnesses. They will not speak up. They are afraid. They do not want people to know that they have a mental illness. Their families are worried; they are afraid to speak up.

Who goes first? What gets cut first?

In Manitoba a mental health hospital — psychiatric hospital or mental health centre, which it was called at the end — closed down and the funds remained in that community. That city of 60,000 people has the best continuum of mental health services and the best integration of those services that I have seen anywhere. They are known for it. It can happen.

However, in respect of addressing the homeless and what we are doing with persons who have a mental illness in the criminal justice system, we have de-institutionalized them from the mental hospitals and re-institutionalized them into the criminal system. We have to take a systemic approach to this. I reinforce the call for an action plan.

We must look at the fact that what worked in this small city in Manitoba was the "hump money" to help the transition from one system to the other. Yes, it will cost more, but if we are committed to this, we will do it. It requires a strong political commitment.

[Translation]

Senator Pépin: Discrimination is no doubt the most difficult thing.

Même si l'on disposait des moyens, le problème restera entier tant que l'on ne concevra pas la maladie autrement. Elle peut s'étendre sur toute une vie. Elle ne s'étend pas uniquement de l'hôpital jusqu'à la collectivité; elle va du bas âge jusqu'à l'âge adulte et suppose que l'on puisse entrer dans la filière de soins chaque fois que c'est nécessaire. Je pense aux lignes d'écoute, aux policiers, aux travailleurs sociaux, aux psychologues et à d'autres encore.

Je suis contre le modèle médical. Le médecin n'est qu'un point d'entrée parmi d'autres. Il ne doit pas être le seul. Il faut que les gens puissent entrer dans le système où qu'ils soient et qu'ils puissent obtenir le service dont ils ont besoin.

Dans l'île de Vancouver, on est en train de créer un système qui suit ce modèle. De nos jours, la plupart des gens n'ont pas de médecin de famille. Il y en a si peu. Créer un système dont le médecin est le cerbère ne me paraît pas très sensé. Nous, nous essayons de bâtir un système ainsi conçu que peu importe comment vous y entrez, vous recevrez le service dont vous avez besoin. Ce n'est pas tout le monde à qui il faut un psychologue qui coûte 150 \$ de l'heure. Les psychiatres sont précieux. Assurons-nous que ceux qui doivent les consulter le puissent. S'il vous faut parler à quelqu'un pour vous reconforter, il est sensé qu'une ligne d'écoute soit pour vous le point d'entrée.

Mme Osted: Il y a de très bons exemples. Je trouve très frustrant que ce soit les conseils du Trésor qui planifient les services de santé mentale. Qui a le moins de poids politique? Qui sont les plus stigmatisés? Qui élèvera la voix en dernier? Les victimes de maladie mentale. Elles ne hausseront pas le ton. Elles ont peur. Elles ne veulent pas que les gens sachent qu'elles souffrent de maladie mentale. Leurs familles s'inquiètent; elles aussi ont peur de hausser le ton.

Qui écope en premier? Qui est la première victime?

Au Manitoba, un hôpital de santé mentale — hôpital psychiatrique ou centre de santé mentale, comme on l'appelait à la fin — a fermé ses portes mais la collectivité a continué de recevoir les crédits. Cette ville de 60 000 habitants jouit du meilleur continuum de services de santé mentale et de la meilleure intégration de ces services que j'ai jamais vus. La ville est réputée pour cela. Cela peut donc se faire.

Pour ce qui est du sort des sans-abri et de ce que l'on fait auprès des malades mentaux dans l'appareil judiciaire, nous les avons désinternés pour les interner à nouveau en prison. Ce qu'il nous faut, c'est une solution d'ensemble. J'insiste sur la nécessité d'un plan d'action.

La clé du succès dans cette petite ville du Manitoba a été l'octroi de fonds de transition pour faciliter le passage d'un système à l'autre. Oui, cela va coûter plus cher, mais si nous y tenons, nous réussons. Il faut un engagement politique vigoureux.

[Français]

Le sénateur Pépin: La chose la plus difficile est sans doute la discrimination.

Ms. Osted: Absolutely.

Senator Pépin: People often pass judgment without realizing it. We need to change attitudes and we need to change our education process. When people meet an individual who is suffering or who has suffered from a mental illness, they must not think that this person is different from the others.

Ms. Osted: Quite right.

Senator Pépin: My question deals with discrimination. If someone is running as a candidate for a political party and is asked whether or not he or she has ever suffered from mental illness, is that discrimination?

Ms. Osted: Yes.

[English]

Ms. Osted: That is why CAMIMH, our organization and several others objected to the questionnaire that posed those questions.

Senator Fairbairn: I would like to direct my question to Mr. Arbuckle. You mentioned the Royal Ottawa Hospital. My husband worked as the director of public affairs there for a number of years in the 1990s so I became fairly close to some of the good things and some of the frustrations that exist — not just there, but in any institution like it.

I would like to ask you the social worker's perspective on two things. To what degree is the family itself one of the difficulties influencing whether a person who has these problems will come forward and seek help? How difficult is it for families to either recognize or get themselves to the point that they understand that they have a person in their family who has a mental illness and is not simply bad-tempered or cranky?

Second, are any of you able to identify patients who come to you with a variety of problems and who might also have difficulty with literacy?

Mr. Arbuckle: Many families are in denial that there is a problem. The stigma of coming to a mental health facility or being referred to a psychiatrist to get help is sometimes stopping people from moving forward. Sometimes people put up with what they call "bad behaviour" perhaps in their home when someone is going through a first break with schizophrenia. They do not seek the kind of help that they need.

Some of that has lessened in recent years. There is a little less stigma. One of our programs is called the schizophrenia program. Fourteen years ago, there was a great uproar when we decided to name it that because people would not want to be identified with that serious diagnosis. It is a non-issue right now, but in some ways it does help to break down the stigma.

Our hospital provides a significant amount of support to families. However, there are feelings throughout the country, I believe, that maybe families are not included in the treatment component. They are left out. It is only the patient who may be

Mme Osted: Absolument.

Le sénateur Pépin: Bien souvent, les gens portent un jugement sans s'en apercevoir. C'est un changement d'habitude et un processus d'éducation qu'il va falloir faire. Lorsque les gens rencontrent une personne qui souffre ou qui a déjà souffert d'une maladie mentale, ils ne doivent pas croire qu'elle est différente des autres.

Mme Osted: Tout à fait.

Le sénateur Pépin: Ma question porte sur la discrimination. Si quelqu'un se porte candidat pour un parti politique et qu'on lui demande s'il a déjà souffert de maladie mentale, est-ce de la discrimination?

Mme Osted: Oui.

[Traduction]

Mme Osted: C'est pourquoi notre association et plusieurs autres se sont opposées à ces questions dans le questionnaire.

Le sénateur Fairbairn: La question s'adresse à M. Arbuckle. Vous avez parlé de l'Hôpital Royal Ottawa. Pendant plusieurs années dans les années 90, mon mari y a occupé le poste de directeur des affaires publiques. Je me suis donc familiarisée avec ce qui s'y fait de bon et les frustrations que l'on y rencontre — pas seulement là, mais dans d'autres établissements de ce genre.

J'aimerais connaître le point de vue de la travailleuse sociale sur deux choses. Dans quelle mesure la famille elle-même est-elle l'une des difficultés que rencontre la personne qui a des problèmes et qui est à la recherche de l'aide? Est-il difficile pour les familles de reconnaître ou de finir par admettre qu'un membre de la famille a une maladie mentale et n'a pas seulement mauvais caractère ou n'est pas seulement de mauvaise humeur?

Deuxièmement, y en a-t-il parmi vous qui sont capables de reconnaître chez une personne qui a des difficultés quelqu'un qui est aussi analphabète?

M. Arbuckle: Beaucoup de familles sont dans un état de dénégation. C'est parfois la stigmatisation associée au fait d'aller dans un service de santé mentale ou d'être envoyé voir un psychiatre pour obtenir de l'aide qui empêche les gens de faire le premier pas. Parfois, les gens supportent ce qu'ils appellent «un mauvais comportement» à la maison lorsque quelqu'un a une crise de schizophrénie. Ils ne vont pas chercher l'aide dont ils ont besoin.

Ce phénomène a diminué ces dernières années. Il y a un peu moins de stigmatisation. Un de nos programmes s'appelle le programme de traitement de la schizophrénie. Il y a quatorze ans, il y a eu tout un tollé lorsque nous avons décidé de lui donner ce nom parce que les gens ne voulaient pas qu'on leur accole ce diagnostic grave. La question ne se pose plus aujourd'hui mais il est toujours utile d'essayer de faire disparaître la stigmatisation.

Nos hôpitaux apportent une aide considérable aux familles. Le sentiment est répandu au pays toutefois que les familles ne sont pas incluses dans le traitement. Elles sont exclues. Seul le malade est vu. La famille est assurément une source d'aide et constitue

seen. The family is very much part of helping and they are quite often the support system. That may be where the person is going after they will be discharged, or they will want to continue to have a relationship with their family. It is important to involve them in the treatment.

You mentioned literacy. When somebody first comes into the system and is assessed, that kind of thing is usually picked up if there is a problem. I can only speak for the Royal Ottawa Hospital. We actually have an adult literacy program within the hospital that is accessed for out-patients and in-patients that is funded by various sources. That is certainly something that we look at. I do not know on a national level whether this is something that is assessed. Perhaps someone else would have more input into that, I do not know.

Mr. Service: For us, literacy would be a major barrier to re-entry to the job market or to means of using the social system to get oneself back on track. It is a very serious issue in the mental health population, particularly those who have been out of work for a while and probably dropped out of school early and so forth. Enhancing literacy skills is a way of re-entering the system and keeping well, so that is very important.

Families are critical. Family therapy is one vehicle, but supporting people, as my colleague said, is one of the ways of staying healthy. We know from research that healthy families will tend to keep people from being as depressed or as anxious, or getting depressed or anxious and the like. There are many studies on health outcomes, status and functional families, so families are absolutely critical.

Third, in terms of stigma, our profession finds that the stigma is reducing. Stigma is reducing significantly in certain populations. It is the populations who can access and use the service who do not have a problem because their neighbour, their friend, brother or cousin have accessed services and had a good experience. That is how you break down stigma. In our business that is also one of the best referrals. It is not from another professional, it is from somebody saying, "I went to see Mr. Service and he did not a bad job so you might want to try him out." That is how you get most of your referrals and that is how you break down stigma.

The folks who you are describing do not have access to services. Many middle- and lower-income Canadians do not get services and it is highly difficult for them to identify with that process. They do not have other people in their social systems who have had experiences; in fact they have probably had negative experiences. In a way stigma is resolving itself for one group of Canadians but it is not resolving itself for another.

Another way that stigma could really be nailed on the head is if we beefed up the services available to kids in primary and secondary schools. I remember being in New Glasgow, my daughter or my son would be in school and some kid would come up to them and say, "I saw your dad the other day." and Jessie or Aaron would go, "You're not supposed to say that. I didn't know that." And while they would be embarrassed their friend would

souvent le système d'appui. C'est peut-être là que le malade ira après avoir obtenu son congé; il voudra peut-être aussi continuer d'avoir des contacts avec sa famille. Il est important de la faire participer au traitement.

Vous avez parlé d'analphabétisme. Au moment de l'évaluation du malade, c'est le genre de chose qui est habituellement relevé. Je ne peux parler que pour l'Hôpital Royal Ottawa. De fait, il y a dans nos locaux un programme d'alphabétisation des adultes à l'intention des malades hospitalisés et des malades externes dont les fonds proviennent de diverses sources. Il ne fait pas de doute que c'est quelque chose que nous examinons. Je ne sais pas si cette évaluation se fait à l'échelle nationale. Quelqu'un le sait-il peut-être mieux que moi, je ne sais pas.

M. Service: Pour nous, l'analphabétisme est un gros obstacle à la réinsertion sur le marché du travail ou à l'accès au système social pour se remettre sur les rails. Le problème est très grave chez les malades mentaux, surtout ceux qui sont inactifs depuis quelque temps déjà et qui avaient sans doute abandonné tôt les études. Savoir mieux lire et écrire favorise la réinsertion et le bien-être, et c'est donc très important.

Le rôle des familles est déterminant. La thérapie familiale est une façon de faire, mais l'entraide, comme mon collègue l'a dit, est une des meilleures façons de rester en santé. Les travaux nous montrent qu'une famille en santé empêchera ses membres de sombrer dans la dépression ou l'anxiété. Il existe beaucoup d'études sur les effets sur la santé et la situation des familles fonctionnelles et l'on sait qu'elles occupent une place déterminante.

Troisièmement, en ce qui concerne la stigmatisation, nous constatons dans la profession qu'elle est en train de diminuer. Elle se résorbe considérablement dans certains milieux, c'est-à-dire chez les gens qui ont accès aux services et s'en prévalent et qui n'ont pas de problème parce que leur voisin, leur ami, leur frère ou leur cousin se sont prévalus des services et en ont bénéficié. C'est ainsi que l'on élimine la stigmatisation. Dans notre secteur d'activité, c'est aussi l'un des meilleurs témoignages que l'on puisse avoir. Ça ne vient pas d'un autre professionnel mais de quelqu'un qui dit: «Je suis allé voir M. Service. Il m'a aidé et tu devrais aller le voir». C'est ainsi que vous obtenez la plupart de vos clients et c'est ce qui fait disparaître la stigmatisation.

Les gens dont vous parlez n'ont pas accès aux services. Beaucoup de Canadiens à revenu faible ou moyen ne reçoivent pas ces services et ils ont beaucoup de mal à se reconnaître dans cette façon de faire. Il n'y a personne dans leur entourage qui soit passé par là; si cela se trouve, l'expérience a été négative. Autrement dit, la stigmatisation disparaît pour un groupe de citoyens mais pas pour un autre.

Une autre façon de l'éliminer serait de renforcer les services à l'intention des jeunes dans les écoles primaires et secondaires. Je me souviens quand j'étais à New Glasgow, ma fille ou mon garçon était à l'école et un jeune allait les voir et leur disait: «J'ai vu ton père l'autre jour». Jessie ou Aaron leur répondait: «Tu n'es pas sensé dire ça. Je ne le savais pas». Eux étaient gênés mais pas leur ami. Ils trouvaient ça normal et puis passaient leur chemin.

not be embarrassed. They would think it was fine and off they would go. Providing that experience at that level you break down that kind of stuff because that child goes home and talks to his parents about it and it is okay.

Senator Fairbairn: That would also mean a greater access too in the school system to assessing learning disabilities.

Mr. Service: Absolutely. Two of the places where people are captured for long periods of time are work and school. If we could provide better services at work and school we would do a tremendous preventive, resiliency, maintenance and curative job that we are not able to do now.

Ms. Panagabko: We need to differentiate somewhat between people with chronic, serious and persistent mental illness and the other folks. I agree totally with what you are saying around depressions, anxieties, and so on.

Illiteracy is not generally an issue in the psychotic population; oftentimes these people have reached university when they first become ill. Families around those issues often report their frustration with trying to access services for their loved one because no one will listen to mom or dad. If it is an 18-year-old and it is his first psychotic break we will say he is an adult, he can make his own decisions, and he is caught up in being afraid that he is crazy. He is trying to avoid treatment and the stigma and his parents are dragging him around. The health professional will say, "Well, he is an adult, he can make his own decisions," and we end up waiting another two years until he is so sick that they end up being certified under the Mental Health Act and dragged in against his will. It is a difference between psychotic and non-psychotic.

Ms. Osted: The earlier and more aggressive the intervention, usually the better the success.

Ms. Panagabko: In respect of stigma, again, the psychotic population — which is not the largest group — tends to be the most sensational when things go bad. These are the folks that police shoot or they murder people in their homes and all that kind of stuff. When you talk with people such as police officers, they end up getting some of the worst discrimination of all because they are dealing with people when they are their most ill and most out of control and bringing them into hospital or whatever the case may be. My background is emergency mental health, by the way. I have had police officers telling me how they will sit in an emergency room with a person who is ill, watching the doctors and nurses continually put the patient's file down to the bottom of the pile again and again and again, because they do not know what to do and they try to wait until their shift is over so someone else will have to worry about it.

Ms. Osted: In Manitoba, there are psychiatric nurses on duty 24 hours a day in every emergency department of every general hospital. That is working out very well.

Ce genre d'expérience, à ce niveau-là, élimine le problème parce que rentré chez lui l'enfant en parle à ses parents et tout est normal.

Le sénateur Fairbairn: Cela voudrait dire aussi être mieux à même d'évaluer les troubles de l'apprentissage à l'école.

M. Service: Tout à fait oui. Il y a deux endroits où les gens passent de longues périodes. Le travail et l'école. Si nous pouvions offrir de meilleurs services au travail et à l'école, nous pourrions faire un immense travail de prévention, de récupération, de maintien et de guérison, ce que nous ne pouvons pas faire maintenant.

Mme Panagabko: Il faut être capable de distinguer entre ceux qui souffrent de maladies mentales chroniques, sérieuses et persistantes et les autres. Je pense tout à fait comme vous en ce qui concerne la dépression, l'anxiété, et ainsi de suite.

L'analphabétisme n'est généralement pas un problème dans la population psychotique; souvent, les gens sont à l'université lorsqu'ils tombent malade. Les familles qui vivent ces situations disent souvent combien elles ont du mal à obtenir des services pour leur être cher parce que personne n'écoute papa ou maman. Si la personne a 18 ans et qu'il s'agit de son premier épisode psychotique, on dira qu'il est un adulte et qu'il peut prendre ses propres décisions. Il est paralysé parce qu'il a peur de devenir fou. Il évite les traitements et la stigmatisation et ce sont ses parents qui le traînent. Le professionnel de la santé dira que c'est un adulte et qu'il peut décider lui-même. On finit par attendre deux ans encore jusqu'à ce qu'il soit malade au point d'être déclaré officiellement dément en vertu de la Loi sur la santé mentale et interné de force. Il y a donc une différence entre être psychotique et ne pas l'être.

Mme Osted: D'habitude, plus l'intervention est précoce et vigoureuse, plus les chances de succès sont grandes.

Mme Panagabko: Au sujet de la stigmatisation, encore une fois, la population des psychotiques — ce n'est pas le groupe le plus grand — est celle qui fait le plus de bruit lorsqu'il arrive un malheur. Ce sont eux qui se font abattre par la police ou qui assassinent des gens chez eux, ce genre de choses. Quand vous parlez à des policiers, vous vous apercevez que ce sont les psychotiques qui sont le plus victimes de discrimination parce qu'ils sont dans leur pire état, le plus incontrôlable, lorsque les policiers les emmènent à l'hôpital ou ailleurs. Moi, je viens du secteur de la santé mentale d'urgence. Des policiers m'ont raconté avoir attendu dans la salle d'urgence en compagnie d'un malade et observé les médecins et les infirmières remettre sans cesse le dossier du malade au bas de la pile parce qu'ils ne savent pas quoi faire et attendent la fin de leur quart pour que quelqu'un d'autre s'en charge.

Mme Osted: Au Manitoba, il y a des infirmières et infirmiers psychiatriques de service 24 heures par jour dans les urgences de chaque hôpital général. Cela marche très bien.

Senator Keon: I was very interested to hear that 50 per cent of Canadian mental health nurses are working outside the institutional sector in the community sector.

Ms. Osted: That is in Western Canada. Do you want me to elaborate on this?

Senator Keon: Yes, I do.

Ms. Osted: That figure includes crisis stabilization units, which are outside hospitals and are not on the medical model. The psychiatrist is not on-site. They may be on call and will be on call usually. Mobile crisis units have registered psychiatric nurses who go out when there are calls from people who are in distress. For community mental health worker positions or community psychiatric nursing positions — different titles, different jurisdictions — the geographic location will usually determine the role they will play. In the rural area, for example, they will be the consistent mental health resource. They will work with the family physician, with the psychiatrist, usually by distance, and with the public health nurse, with the schools, the churches, and service clubs, what have you.

In the city of Winnipeg — which, of course, is the largest city in Manitoba — the role is different because there are many more services that are not always as well integrated as in the rural areas. Usually their role is more concentrated on persons with a long-term mental illness. They are trying to help those persons be reintegrated into the community.

Those are some of the types of roles that are in the community. Yes, 50 per cent of our members are there.

Ms. Panagabko: That is typical across Canada. That is not just in Manitoba.

Ms. Osted: I do not know Eastern Canada that well.

Senator Keon: With the previous panel, I was trying to grapple with this whole business of mental health strategy, or how this whole universe will some day unfold.

In British Columbia and in Quebec, the public health system, I believe, will evolve to the point where it will be heavily dependent on the CLSCs in Quebec and similar community clinics in British Columbia, where they only use part of the services of the people who staff those particular areas. In other words, they may only need one-tenth of a public health nurse, so they buy that from somebody who is working in a community clinic.

Have you had any experience with that kind of thing? I am leading you down that road because I am trying to pursue the possibility of organized primary care to the point where some of these issues can be dealt with.

Ms. Osted: We see primary care as including only physicians, psychiatrists and family physicians, whereas primary health care is a broader approach with social workers and psychologists.

Le sénateur Keon: J'ai été très intéressé d'entendre que la moitié des infirmières et infirmiers en santé mentale du Canada travaillent dans des services de proximité, à l'extérieur des établissements.

Mme Osted: C'est la situation dans l'Ouest du pays. Voulez-vous en savoir davantage?

Le sénateur Keon: Oui.

Mme Osted: Ce chiffre comprend les unités d'intervention d'urgence, qui sont hors milieu hospitalier et ne suivent pas le modèle médical. Le psychiatre n'est pas sur les lieux. Il peut être en disponibilité et l'est souvent. Des unités d'intervention mobiles comprennent une infirmière ou infirmier psychiatrique dépêché sur les lieux sur appel de personnes en détresse. Pour le travailleur en santé mentale ou l'infirmière ou infirmier psychiatrique de proximité — l'appellation varie selon les endroits — l'emplacement géographique déterminera habituellement le rôle que l'intervenant jouera. En région rurale, par exemple, il sera la personne-ressource systématique en santé mentale. Il collaborera avec le médecin de famille, le psychiatre, habituellement à distance, et avec le service infirmier de santé publique, l'école, l'église, l'association philanthropique, et qui sais-je encore.

À Winnipeg, la plus grande ville du Manitoba, leur rôle est différent en raison du grand nombre de services disponibles, qui ne sont pas toujours aussi bien intégrés qu'en région rurale. D'ordinaire, l'intervenant se concentre sur le malade mental de longue durée. Il essaie de faciliter sa réinsertion sociale.

Voilà certains des rôles joués dans le milieu. Oui, c'est là que travaillent 50 p. 100 de nos membres.

Mme Panagabko: C'est typique de la situation au pays, pas seulement au Manitoba.

Mme Osted: Je connais moins bien l'Est du pays.

Le sénateur Keon: Avec le groupe précédent, je me colletais à cette histoire de stratégie de santé mentale pour essayer de voir quelle tournure prendront les choses un jour.

En Colombie-Britannique et au Québec, le système d'hygiène publique, je crois, évoluera au point où il dépendra fortement des CLSC au Québec et des cliniques de proximité équivalentes en Colombie-Britannique, où on n'utilise qu'une partie des services des personnels dans ces secteurs particuliers. Autrement dit, ils pourront n'utiliser que le dixième du travail d'une infirmière de la santé publique, de telle sorte qu'ils achèteront ce service de quelqu'un qui travaille dans une clinique de proximité.

Avez-vous déjà tenté ce genre d'expérience? C'est une question biaisée parce que j'essaie d'explorer la possibilité d'organiser les soins primaires de manière à ce qu'une partie de ces problèmes puissent y être réglés.

Mme Osted: Pour nous, les soins primaires regroupent uniquement les médecins, les psychiatres et les médecins de famille tandis que les services de santé primaires sont plus vastes et englobent les travailleurs sociaux et les psychologues.

Senator Keon: I will stop you there because I do not see it that way. I see primary care ultimately as community clinics staffed with health professionals, including a public health capability. The question is whether you can put a mental health capability in there.

Ms. Osted: Absolutely.

Ms. Panagabko: Coming from British Columbia, I am aware of clinics that have tried to do this and found it difficult because of the stigma. It is so discombobulating for the other patients presenting to the clinic to have the paranoid schizophrenic in the same waiting room, so that they object to it.

However, we are looking at having parallel clinics, so that the person with mental illness can be headed toward integration, but we cannot get to integration until we have done much more work around public awareness and so forth.

Mr. Service: Currently, there are several in clinical psychology. One is the parallel clinic model in which physicians and psychologists and other practitioners all work in a location and they co-refer.

Another is the co-located model, where the physiologist, psychologist and physician are working in with a group of others and they refer back and forth. Those work well, but the revenue streams are quite different. Then there are new emerging models where the clinic is actually then contracting with private practitioner psychologists, for example, for a piece of their time, or a hospital and a community clinic will buy half the time each. That happens in more rural areas.

Those kinds of models are starting to develop. Those are very exciting. For us, these funding systems must be flexible and different from urban to rural to remote, and they have to get the right people to the right patient at the right time. There are many possibilities.

With respect to what I said earlier about psychology charging \$100 to \$150 an hour and then factoring that into a primary health care system, these are private business people. They are paying real estate and staff, and they are running a business. There is that cost. When you factor that cost into marrying the public and private system, you are talking about a system where the overhead is paid for versus another system that has to generate income to pay for itself.

To get back to your original question, trying to marry those two is one of the issue that must be addressed.

Mr. Arbuckle: I can think of a couple of examples in Ottawa where we are working in partnership, for example, with the Sandy Hill Community Health Centre. We second some services half a day a week or half a day a month to have a psychiatrist provide some consultation in regard to some of the more difficult cases.

Le sénateur Keon: Je vous arrête ici parce que je ne vois pas les choses de cette façon. J'entrevois plutôt que les soins de première ligne soient offerts dans des cliniques communautaires dotées de professionnels de la santé et qui offrent un volet de santé publique. Il faut se demander si l'on peut y incorporer un volet de santé mentale.

Mme Osted: Assurément.

Mme Panagabko: D'où je viens, en Colombie-Britannique, il existe des cliniques qui ont tenté de le faire mais se sont heurtées à des difficultés étant donné la stigmatisation. Les patients sont bouleversés lorsqu'ils doivent côtoyer une personne qui souffre de schizophrénie de type paranoïde dans la salle d'attente et sont donc contre cette idée.

Par contre, nous envisageons de mettre sur pied des cliniques parallèles pour amorcer l'intégration des personnes atteintes de maladie mentale, mais cela ne sera possible que lorsque le public, entre autres, sera sensibilisé.

M. Service: À l'heure actuelle, on en compte plusieurs en psychologie clinique. Ainsi, des médecins et des psychologues de même que d'autres praticiens travaillent tous ensemble au même endroit, mais dirigent le patient vers le spécialiste pertinent.

Il existe un autre modèle où les services sont regroupés et où le physiologiste, le psychologue et le médecin collaborent avec d'autres spécialistes et se confient les patients. Cela fonctionne bien, quoi que les sources de revenus soient extrêmement différentes. On trouve également de nouveaux modèles selon lesquels une clinique conclut un contrat avec des psychologues praticiens, par exemple, dans le but d'obtenir une partie de leur temps ou encore avec un hôpital et une clinique communautaire qui achètent chacun la moitié du temps du spécialiste. Cette situation se produit surtout dans les régions rurales.

Ce sont des modèles qui commencent à se développer. C'est très stimulant. À notre avis, les systèmes de financement doivent être souples et différents selon qu'il s'agit d'une région urbaine, rurale ou éloignée. Ils doivent pouvoir diriger le bon patient vers le bon spécialiste au bon moment. Il existe de nombreuses possibilités.

Un peu plus tôt, j'ai parlé de psychologues qui facturaient de 100 à 150 \$ de l'heure et qu'il fallait en tenir compte dans le contexte d'un système de soins de santé de première ligne; ces spécialistes sont des gens d'affaire dans le secteur privé. Ils doivent payer leurs locaux, leur personnel; ils dirigent une entreprise. Lorsque vous tenez compte de ce coût en amalgamant le secteur public et le secteur privé, vous parlez d'un système où les frais généraux sont pris en charge par rapport à un autre système qui doit générer les revenus nécessaires pour pouvoir être rentable.

Mais pour en revenir à votre première question, on doit se pencher sur l'amalgamation des deux systèmes.

M. Arbuckle: J'ai en tête quelques exemples à Ottawa où l'on travaille en partenariat, comme au Centre de santé communautaire de la Côte de sable. On reçoit par exemple un psychiatre en détachement une demi-journée par semaine ou une demi-journée par mois de façon à obtenir des consultations au sujet des cas les plus difficiles.

We also have other health professionals, including a nurse-practitioner who is seconded to Sandy Hill because they are dealing with a population in which a number of people are homeless and a number have serious mental illness. They do integrate the mental health services into the health centre atmosphere.

There are other wonderful examples of the inner-city health project, where many agencies and hospitals are providing seconded services. It may be on an on-call basis, social work or psychiatric nurses but also physical health services because it is for a population that is tertiary and, in some cases, palliative.

There are examples where you are purchasing a little bit of service. You do not need a full person to do the job, but you need a bit of somebody and you can get that from one of the other agencies. There are ways of working in terms of partnership through that kind of model.

Senator Cordy: I used to be an elementary school teacher. I found two frustrations that most of the teachers on the staff shared when dealing with children who had needs. The first was the waiting time. In some cases, you spoke to administration in the school and then in many cases, you would have to talk to parents, particularly in the early grades, to let them know that there was a problem. Then you would refer them to the school psychologist, which would take many months. At my age, you do not want to wait three to six months, but it is not the end of the world. When one is five or six years old, many things can happen in three or six months.

The child would finally get his or her appointment with the school psychologist, who is dealing with 10 schools in the system and gets to each school maybe one day a week or every two weeks. The school psychologist would meet with and test the child and then make a referral to the child guidance centre or the IWK, which would require another period of waiting. That was one huge frustration — and that was when the parents were compliant and agreed that this should be happening.

The second issue was the families. Particularly in families with young children, you saw parents and siblings who were really hurting. The siblings were often feeling discrimination from other students in the school because they had the weird brother or sister in the school.

How do you deal with those things? How do you speed things up within the school system? Is that possible?

Mr. Service: I think it is possible. There are a number of different ways of doing it. First there is the old question of resources. Why is there one school psychologist for 10 schools? What happened to the public health nurses in the schools? I have

Nous bénéficions également des services d'autres professionnels de la santé, dont une infirmière praticienne en détachement au Centre de la Côte de sable parce qu'on compte parmi les habitants de ce quartier un grand nombre de sans-abri et un grand nombre de personnes atteintes de maladie mentale grave. Les services de santé mentale sont intégrés aux services offerts au centre de santé.

Il existe d'autres exemples positifs tirés du projet dans les quartiers défavorisés, où beaucoup d'agences et d'hôpitaux offrent des services de détachement de personnel. Les spécialistes peuvent également être de garde, que ce soit des travailleurs sociaux ou des infirmières psychiatriques mais également des spécialistes de la santé physique pour combler les besoins en soins tertiaires et, dans certains cas, palliatifs de la population.

Dans d'autres cas, il est possible d'acheter une petite quantité de services. Vous n'avez pas besoin de quelqu'un à temps plein, mais vous avez besoin de quelqu'un de temps à autre; il est possible d'obtenir ces services par le biais d'agences. Il est possible dans le cadre de ce modèle de conclure des partenariats.

Le sénateur Cordy: J'ai déjà été enseignante au primaire. Je ressentais les mêmes frustrations que la plupart des autres enseignants qui s'occupent d'enfants qui avaient des besoins particuliers. Tout d'abord, la période d'attente. Dans certains cas, il fallait s'adresser à l'administration de l'école et dans plusieurs cas, il fallait ensuite discuter avec les parents, surtout lorsque les enfants étaient au début du primaire, pour leur faire part du problème. Il fallait ensuite les faire voir par le psychologue de l'école, ce qui prenait plusieurs mois. À mon âge, on ne souhaite pas attendre de trois à six mois bien que ce ne soit pas la fin du monde. Mais lorsqu'on a cinq ou six ans, beaucoup de choses peuvent se produire en trois ou six mois.

L'enfant obtient finalement un rendez-vous avec le psychologue de l'école, qui en dessert une dizaine et n'y passe qu'une journée par semaine ou aux deux semaines. Le psychologue rencontre l'enfant, lui fait subir des tests et le confie au centre d'orientation ou au Centre de ressources en santé pour la famille, ce qui entraînera une autre période d'attente. C'était une source immense de frustration — et c'était lorsqu'on pouvait compter sur la collaboration des parents qui acceptaient la démarche.

La deuxième source de frustration, c'était les familles. On constatait, en particulier chez les familles comptant de jeunes enfants, que les parents, les frères et les soeurs souffraient terriblement. Les frères et soeurs d'un enfant au comportement bizarre étaient souvent victimes de discrimination de la part des autres élèves de l'école.

Comment faire face à ces situations? Comment accélérer la démarche à l'intérieur du réseau scolaire? Est-ce possible?

M. Service: Je crois qu'il est possible de le faire. Il existe de nombreuses façons d'y parvenir. Il y a tout d'abord la sempiternelle question des ressources. Pourquoi ne compte-t-on qu'un seul psychologue pour dix écoles? Qu'est-il advenu des

the scars to prove it. I remember them well. You remember them well, too, maybe.

Why have we decentralized and taken those support systems out of the environment that these kids are in more than any other environment except perhaps home? That does not make sense.

In New Glasgow, we tried to move the mental health services from the hospital into the schools. I was on the children's team at the Aberdeen. We were going to disband that and provide all of our mental health services out of the schools and try to get some psychology and nursing support into the school system to deal with it there. That was a great idea, but it died because we had a change in government.

We need a national action plan that can look at not only providing more mental health services in the health system but also providing those services across systems in an effective way. Personally, I spent a lot of time in the school. I also spent a lot of time at this Pictou County Children's Aid Society and I would have to follow this kid around. I was also attached to the court. Why was I doing all that and providing files in the different areas and running around when we could centralize it? Children's services could be centralized and rationalized by locale as opposed to by silo. That could go a huge way.

I am getting older, so I have a real investment in geriatric services. If you ask me where is the bang for the buck, it is not there; it is in kids. If we loaded that system up, that would be fine with me. That is where it should go. Then it could be provided to the schools, the criminal justice system, kids' courts, Children's Aid, the hospital and public health. That is the way to go.

Senator Cordy: We had some witnesses who appeared before us who were actually using the mental health system as patients. One of the things they found frustrating was retelling their story over and over again.

Mr. Service: Furious.

Senator Cordy: Is the information shared? How many times must an individual be assessed and tell their story? Would an electronic health record help that?

Mr. Service: Absolutely. I found that because I was the last guy on the train before the IWK, the Nova Scotia hospital in Shelburne. They had been through a whole bunch of folks and people were angry by the time they got to me. They were fed up with telling their story repeatedly. It is a painful and complicated story to tell. Furthermore, if I saw the kid in the school I had to re-intake them for the school system or Children's Aid. I personally then had to do all these different interviews to satisfy those systems.

infirmières en santé publique dans nos écoles? Je porte les cicatrices qui le prouvent. Je me rappelle fort bien d'elles. Peut-être vous en rappelez-vous également?

Pourquoi avons-nous décentralisé les services et retiré les réseaux d'appui du milieu où ces enfants passent plus de temps que n'importe où ailleurs, sauf peut-être à la maison? Ce n'est pas logique.

À New Glasgow, nous avons tenté de déménager les services de santé mentale de l'hôpital dans les écoles. Je faisais partie de l'équipe de soins pour les enfants de l'hôpital Aberdeen. Nous voulions l'éliminer et offrir les services de santé mentale directement dans les écoles et offrir un appui psychologique et infirmier sur place. L'idée était excellente, mais n'a pu se concrétiser en raison d'un changement de gouvernement.

Nous avons besoin d'un plan d'action national pour offrir les services de santé mentale non seulement à l'intérieur du système de santé mais également dans d'autres réseaux, de manière efficace. J'ai moi-même passé beaucoup de temps dans les écoles. J'ai également consacré beaucoup de temps à la Société d'aide à l'enfance du comté de Pictou où j'effectuais le suivi d'enfants. J'ai également été affecté aux tribunaux. Pourquoi devais-je faire tout cela, en plus de suivre les dossiers dans les diverses régions et de devoir me déplacer alors que nous aurions pu tout centraliser? Les services offerts aux enfants pourraient être centralisés en fonction des régions plutôt qu'en fonction des domaines de services. Cela améliorerait grandement la situation.

Je vieillis et je m'intéresse donc grandement aux services de gériatrie. Si vous me demandez comment optimiser les ressources, ce n'est pas là qu'il faut investir, c'est auprès des enfants. Si ce système était généreusement financé, ça me conviendrait tout à fait. C'est là qu'on devrait investir. On pourrait ensuite fournir des ressources aux écoles, au système juridique, aux tribunaux de la jeunesse, à la Société d'aide à l'enfance, aux hôpitaux et aux services de santé publique. Voilà ce qu'il faut faire.

Le sénateur Cordy: Nous avons entendu des témoins qui étaient des patients du système de soins de santé mentale. Ils nous ont dit qu'ils trouvaient frustrant de devoir répéter sans cesse leur histoire.

M. Service: Furieux.

Le sénateur Cordy: Y a-t-il partage des renseignements? Combien de fois doit-on évaluer une personne et lui demander de raconter son histoire? Serait-il utile de disposer de dossiers électroniques de santé?

M. Service: Tout à fait. Je l'ai constaté parce que j'ai été le dernier à partir avant la mise sur pied du Centre de soins de santé IWK, à l'hôpital de la Nouvelle-Écosse à Shelburne. Les gens étaient en colère lorsqu'ils aboutissaient finalement dans mon bureau à l'issue d'une série de rencontres avec des tas de personnes. Ils en avaient marre d'avoir dû répéter sans cesse leur histoire. C'est une histoire douloureuse et compliquée. En outre, si j'avais vu l'enfant à l'école, je devais établir à nouveau son dossier pour le système scolaire ou pour la Société d'aide à l'enfance. Je devais personnellement refaire toutes ces entrevues pour répondre aux exigences de ces systèmes.

That is why the European Common Market idea is a wonderful idea. Why can we not have a common community market for mental health service so that you could travel around get your services and your electronic record follows you?

There is another problem, though. The hospital, the school and the Children's Aid Society all feel as if they have legal responsibility. We have to free them from taking responsibility solely for those services that they deliver on their premises. The providers have to have some way of providing services without that kind of malpractice complication that can occur. That is the other problem that can be resolved by governments and very quickly, I think. That is a horrible thing for someone who must retell the tale. You know that.

Senator Cordy: We are not just dealing with silos, we are dealing with the health, education and community service system and never the twain shall meet.

Ms. Panagabko: Even within one silo, a teaching hospital, I have talked with clients who have told their story up to 20 times because they have to tell all the students, including their supervisor, and on and on it goes. It gets to the point where it is dangerous.

I will give you an example that I heard from a mountie on Vancouver Island a while back. He phoned and was so upset that he was beside himself and could hardly speak. He had been called by the crisis line saying that a woman was going to kill herself and refused to contract with them and hung up the phone. They were able to trace the call. She lived out in some remote community. The police officer went dashing out there. The place was dark. There was no one home from what he could see. He thought, she could have either gone to the hospital or she had taken her pills and was lying in the bush somewhere. His first course of action was to phone the hospital to see if she had shown up or not. The emergency room staff informed him that they could not share that information with him. It interfered with his ability to do his job. I have had similar experiences.

As well as figuring it out within our silos, we need to have a way to cross them. For example, having one record for that person. How do you get it from social services to education to health? I do not know the answer to that. There must be degrees of what you can and cannot share. If we do not work this out, however, we will have big problems down the line.

Senator Morin: I would like to put a different note on this retelling of stories. This has been going on with the committee over and over again.

C'est pourquoi l'idée du Marché commun européen est à mon avis une idée magnifique. Pourquoi ne pas disposer d'un marché communautaire commun pour les services de santé mentale, de sorte que vous pourriez vous déplacer pour obtenir les services dont vous avez besoin et que votre dossier électronique vous suivrait?

Il existe toutefois un autre problème. L'hôpital, l'école et la Société d'aide à l'enfance croient tous qu'ils doivent assumer des responsabilités juridiques. Nous devons les dégager de ces responsabilités prises seulement pour les services qu'ils offrent sur place. Les fournisseurs doivent être en mesure de fournir des services sans subir les complications qu'entraîne une faute professionnelle. C'est là l'autre problème que les gouvernements peuvent régler très rapidement à mon avis. C'est affreux lorsqu'une personne doit répéter son histoire. Vous le savez.

Le sénateur Cordy: Nous ne sommes pas aux prises qu'avec le cloisonnement des secteurs, nous faisons face à des systèmes en matière de santé, d'éducation et de services communautaires qui semblent inconciliables.

Mme Panagabko: Même dans un seul secteur, un hôpital universitaire, j'ai parlé à des clients qui ont dû répéter leur histoire jusqu'à 20 fois parce qu'ils doivent en faire part à tous les étudiants, y compris leurs supérieurs, et cetera. Cela devient même dangereux.

Je vais vous donner un exemple dont m'a fait part un agent de la GRC dans l'île de Vancouver, il y a quelque temps. Il m'a téléphoné mais il était tellement bouleversé et hors de lui qu'il pouvait à peine parler. Le service d'écoute téléphonique l'avait appelé pour lui dire qu'une femme allait se suicider, qu'elle refusait de parler et qu'elle avait raccroché. Ils ont pu retracer l'appel. Elle habitait dans une collectivité éloignée. L'agent de police s'est précipité à sa rescousse. Il faisait sombre. Il ne voyait personne dans la maison. Il s'est dit, ou bien elle s'est rendue à l'hôpital ou bien elle a avalé les pilules et gît quelque part dans le boisé. Il a décidé d'abord d'appeler à l'hôpital pour demander si elle s'y était rendue ou non. Le personnel de la salle d'urgence lui a répondu qu'il ne pouvait lui transmettre ces renseignements, ce qui l'a empêché de faire son travail. J'ai vécu des expériences semblables.

En plus de devoir éliminer toute forme de cloisonnement à l'intérieur des structures actuelles, nous devons pouvoir les surmonter d'un secteur à l'autre. On pourrait, par exemple, avoir un dossier unique pour chaque patient. Comment pourrait-on le transférer des services sociaux au système d'éducation puis au système de santé? Je ne sais pas comment y parvenir. On doit pouvoir définir ce que l'on peut transmettre ou non. Toutefois, si nous n'arrivons pas à surmonter cette difficulté, nous serons pris plus tard avec de graves problèmes.

Le sénateur Morin: J'aimerais aborder sous un autre angle le fait que les patients doivent souvent répéter leur histoire. On en a entendu parler au comité à maintes reprises.

Mr. Service, as a psychologist, if a patient comes to you he is referred. He has a note. Will you not question him on his case history? You have different questions the patient answers with different nuances. I was a practising physician. I never took the history. I will not question you, but I was a cardiologist.

I am amazed that, as a psychologist, you would not want to hear the patient's history over again. I do not know about nurses but I am sure that, as psychologists, you would want to question him again. That will be the twenty-third time he tells his history. If he sees another health professional who wants to make a diagnosis, he will question him again. That is part of the story.

Mr. Service: No. I disagree. There is a significant amount of basic information that you will tell me as a patient or your patients will tell you that is the same. That will not change.

What I will want to talk about is your problem. What is it that you feel is the reason you are coming to see me? That, I will go through a lot.

Senator Morin: That is the twenty-third time he is telling his story.

Mr. Service: No. That is very different. That is absolutely relevant to the discussion that patient wants to have with me because that is the problem we will work on. I do not want to have to talk about your educational history, your GP, or verify what is in the GP record, all that kind of stuff.

Senator Morin: All the patient is telling you is the history, it is not the time that he will be at school.

Mr. Service: My responsibility under my regulatory body is to get that information to verify, just as you said. I do not want to have to do that. In our hospital in the Aberdeen, we use volunteers. We have a volunteer program. There were people with behavioural science degrees. You train them and they went out to get that information for them. They did some classroom information gathering and so on. Yes, we trusted that information. That, I think, is a very responsible way to go ahead.

Senator Cook: This afternoon we heard from both panels talking about the need for the creation of a national action plan. How do you see integrating that into provincial jurisdictions for implementation?

Ms. Osted: In both Alberta and Manitoba there are provincial alliances for mental illness and mental health that are also committed to advocating and lobbying for having provincial action plans that will be consistent with the federal action plan. We know that CAMIMH will be successful. We can see that happening. We need the leadership at both levels, but we need it

Monsieur Service, à titre de psychologue, lorsqu'un patient se présente à vous, c'est que quelqu'un l'a envoyé vous consulter. Il a reçu une demande de consultation. N'allez-vous pas alors lui poser des questions sur son cas? Vous allez lui poser des questions différentes auxquelles il répondra en apportant des nuances différentes. J'ai déjà été médecin praticien. Je ne me fiais jamais à l'observation médicale qu'on me remettait. Je ne veux pas mettre votre parole en doute, mais j'ai été cardiologue.

Je m'étonne, qu'à titre de psychologue, vous ne souhaitiez pas entendre à nouveau l'histoire du patient. Je ne sais pas ce que feraient des infirmières, mais je suis convaincu que des psychologues voudraient leur poser à nouveau des questions. Le patient devra répéter son histoire pour la vingt-troisième fois. S'il consulte un autre professionnel de la santé qui veut poser un diagnostic, il devra la raconter à nouveau. Ça fait partie de la démarche.

M. Service: Non. Je ne suis pas d'accord. Il existe une quantité importante de renseignements de base que vous me donnerez à titre de patient ou que vos patients vous donneront qui sont exactement les mêmes. Cela ne changera pas.

Je souhaiterai plutôt m'entretenir avec vous de votre problème. Pourquoi me consultez-vous? Cela, je le fais souvent.

Le sénateur Morin: C'est la vingt-troisième fois qu'il raconte son histoire.

M. Service: Non. Cela, c'est différent. C'est tout à fait pertinent dans le cadre de la discussion que souhaite avoir le patient avec moi parce que ça se rapporte au problème auquel nous travaillerons. Je ne veux pas devoir discuter de votre cheminement scolaire, de votre médecin généraliste, ou devoir vérifier ce qu'a inscrit le médecin généraliste dans le dossier, et cetera.

Le sénateur Morin: Le patient ne fait que vous raconter son histoire, ce n'est pas le moment de parler de l'école.

M. Service: Selon mon organisme de régie, je suis tenu d'obtenir ces renseignements et de les vérifier, comme vous l'avez dit. Je ne veux pas avoir à le faire. Dans notre hôpital, à Aberdeen, nous comptons sur des bénévoles. Nous disposons d'un programme de bénévoles. Ces derniers sont diplômés en sciences du comportement. Ils sont formés et obtiennent les renseignements pour eux. Ils ont obtenu des renseignements sur l'école, et cetera. Oui, nous nous fions à ces renseignements. Je crois que c'est une façon très responsable d'agir.

Le sénateur Cook: Cet après-midi, nous avons entendu les deux groupes de témoins parler de la nécessité de mettre sur pied un plan d'action national. Comment croyez-vous que l'on devrait l'intégrer à ce qui se fait dans chaque province afin de le mettre en oeuvre?

Mme Osted: Tant en Alberta qu'au Manitoba, on a constitué des alliances provinciales pour la maladie mentale et la santé mentale qui exercent des pressions pour qu'on établisse des plans d'action provinciaux qui concorderont avec le plan d'action fédéral. Nous savons que l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale portera fruit. Nous le constatons déjà.

at the federal level first. People who are homeless and have mental illnesses travel between provinces so it must be national so that there is some consistent philosophy of approach to the issue. We will not wait for federal leadership before we do our thing at the provincial level. However, it would be very helpful to have it at the national level.

Senator Cook: That is my dilemma. In my province, I see the continuum of care happening at a provincial level. If we have a national plan, how do we integrate it? Is this another way of getting funds and professionals and whatever into the system?

Ms. Panagabko: There are all kinds of excellent programs out there, but they are small, little programs. There may be a cluster of programs in your province that are good. However, there are also clusters of programs that are not good. Leadership is required.

First, a paradigm shift needs to occur around the use of resources. Leadership would make a huge difference around the stigma, and so on, if it is seen as something that is important.

I would also like to see national mental health act that is not different from province to province. Right now, within each province, it is interpreted in different ways in and of itself. If we had a national act, and some guidelines around how to interpret it, we would get somewhere with that. That would make a huge difference to the lives of a lot people with mental illness.

Senator Cook: When Minister Bennett was in Newfoundland, she had a round table with all the interested and responsible stakeholders. About 30 people around that table told their story. Before she was half-way around the room, you could see the duplication of services, of programs in that small area. Right away, I could see where you could save on human resources and financial and volunteer resources.

I agree that there are many little pockets of services out there doing things well, there may be duplication, and other things are not being done. I was just looking for your thoughts on integration.

Ms. Panagabko: There are many parallel programs. With some national leadership, perhaps we could get past that so that we are using the broader health care team in a more effective way.

Ms. Osted: As well as the financial resources.

Ms. Panagabko: That is right.

Senator Cook: Thank you very much. Newfoundlanders tell stories and I have a good-news one for you. When my daughter was 17, she became severely anorexic as a result of her dad's death. It was a nutritionist and a psychologist who walked with her on her three-year journey. There was an integrated approach.

Nous avons besoin d'un leadership aux deux paliers, mais d'abord au fédéral. Les sans-abri et les gens qui souffrent de maladie mentale se déplacent d'une province à l'autre. Le plan doit donc être d'envergure nationale de sorte que la démarche conçue soit cohérente. Nous n'attendrons pas que le fédéral fasse preuve de leadership avant d'intervenir au provincial. Cependant, il serait fort utile de disposer d'un plan national.

Le sénateur Cook: Voilà mon dilemme. Dans ma province, je constate le continuum des soins à l'échelon provincial. Si nous disposons d'un plan national, comment y serait-il intégré? Serait-ce un autre moyen d'obtenir des fonds et des professionnels, et cetera, pour notre système?

Mme Panagabko: Il y a toutes sortes d'excellents programmes, mais ce sont de tout petits programmes. Dans votre province, on trouve peut-être un ensemble de programmes de qualité. Cependant, il en existe aussi de mauvaise qualité. On a besoin de leadership.

D'abord, il faut assister à un changement de paradigme au sujet de l'utilisation des ressources. Un leadership pourra faire la différence au sujet de la stigmatisation entre autres, si c'est vu comme quelque chose d'important.

J'aimerais également que la loi nationale sur la santé mentale ne soit pas différente d'une province à l'autre. À l'heure actuelle, on l'interprète différemment dans chaque province. Si nous disposons d'une loi nationale ainsi que de lignes directrices sur son interprétation, nous pourrions obtenir des résultats. Cela aurait une incidence énorme sur la vie de beaucoup de personnes qui souffrent de maladie mentale.

Le sénateur Cook: Lorsque la ministre Bennett était à Terre-Neuve, elle a participé à une table ronde avec tous les intéressés et les intervenants responsables. Une trentaine de personnes ont fait part de leur situation. Avant d'en avoir entendu à peine la moitié, on pouvait constater les dédoublements de services, de programmes dans les petites régions. J'ai tout de suite vu où on pouvait réaliser des économies sur le plan des ressources humaines, financières et des bénévoles.

C'est vrai qu'il existe des petites grappes de services qui fonctionnent très bien; on constate aussi les dédoublements de services mais également l'absence de services. Je cherchais simplement à savoir ce que vous pensiez de l'intégration.

Mme Panagabko: Il existe de nombreux programmes parallèles. Grâce à un leadership national, nous pourrions peut-être surmonter ce genre de problèmes et utiliser l'ensemble de l'équipe de soins de santé plus efficacement.

Mme Osted: De même que les ressources financières.

Mme Panagabko: C'est exact.

Le sénateur Cook: Merci beaucoup. Les habitants de Terre-Neuve aiment raconter des histoires. J'aimerais vous raconter une histoire positive. À 17 ans, ma fille est devenue gravement anorexique à la suite du décès de son père. Elle s'est fait épauler par une diététiste et une psychologue pendant son épreuve qui a

The good news is that today she is a psychologist and a mother of two little boys.

The Chairman: Thank you very much for coming here. We really appreciate the time you have been with us.

The committee adjourned.

OTTAWA, Thursday, April 1, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill C-24, to amend the Parliament of Canada Act, met this day at 11:04 a.m. to give consideration to the bill.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: We are here today for our first day of hearings on Bill C-24, an act to amend the Parliament of Canada Act.

Our witness this morning is the Honourable Jacques Saada, the Leader of the Government in the House of Commons, who has with him Ms. Arnold, Mr. Wall and Ms. Bougie. Welcome.

Minister, as I understand it, you have a brief opening statement and then we will turn to questions from our colleagues.

Hon. Jacques Saada, Leader of the Government in the House of Commons and Minister responsible for Democratic Reform: Again, it is a pleasure to be appearing before a Senate committee.

[*Translation*]

Thank you for inviting me here today to consider Bill C-24, an Act to amend the Parliament of Canada Act. Accompanying me are persons who are very knowledgeable about the details of this legislation.

The purpose of this bill is to ensure that parliamentarians aged 50 to 55 who no longer sit in Parliament and who are entitled to a pension will be eligible to participate in benefit plans.

[*English*]

Retired parliamentarians who receive a pension are eligible to pay the necessary premiums and participate in benefit plans on the same basis as retired public servants who receive a pension. These plans include the Public Service Health Care Plan, the Pensioners' Dental Services Plan, and the Public Service Management Insurance Plan. The benefits for retired parliamentarians are identical to the benefits provided to retired public servants, just as the benefit plans we are covered by as sitting parliamentarians are based on those provided to public servants.

duré trois ans. Elle a pu compter sur une démarche intégrée. Résultat: elle est aujourd'hui psychologue et mère de deux petits garçons.

Le président: Nous vous remercions de vos témoignages. Nous vous savons gré du temps que vous nous avez consacré.

La séance est levée.

OTTAWA, le jeudi 1^{er} avril 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, auquel a été renvoyé le projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada, se réunit aujourd'hui à 11 h 04 pour en faire l'examen.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: C'est aujourd'hui notre première journée d'audience sur le projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada.

Nous accueillons comme témoin ce matin l'honorable Jacques Saada, leader du gouvernement à la Chambre des communes, qui est accompagné de Mme Arnold, de M. Wall et de Mme Bougie. Bienvenue.

Monsieur le ministre, je crois savoir que vous avez une brève déclaration liminaire. Ensuite, nous passerons aux questions de nos collègues.

L'honorable Jacques Saada, leader du gouvernement à la Chambre des communes et ministre responsable de la Réforme démocratique: Encore une fois, c'est un plaisir de comparaître devant un comité sénatorial.

[*Français*]

J'aimerais vous remercier de m'avoir invité afin d'examiner le projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada. Je suis accompagné de personnes qui ont l'expertise sur le contenu détaillé de cette question.

Le but du projet de loi C-24 vise à faire en sorte que les parlementaires âgés de 50 à 55 ans qui ne siègent plus au Parlement et qui ont droit à une pension soient admissibles au régime d'avantages sociaux.

[*Traduction*]

Les parlementaires à la retraite qui reçoivent une pension peuvent, tout comme les fonctionnaires à la retraite, souscrire au régime d'avantages sociaux en acquittant les droits requis. Il s'agit du Régime de soins de santé de la fonction publique, du Régime de services dentaires pour les pensionnés et du Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la fonction publique. Les avantages offerts aux parlementaires à la retraite sont les mêmes que ceux offerts aux fonctionnaires à la retraite — tout comme les régimes d'avantages sociaux offerts aux parlementaires reposent sur ceux offerts aux fonctionnaires.

Retired parliamentarians pay the same premiums for these plans as retired public servants. For example, premiums for the health care plan range from \$25.57 per month to \$63.07 per month, depending on the level of coverage and whether the benefits cover family members. Premiums for the dental care plan range from \$16 per month to \$47.96 per month, depending on the number of individuals covered by the plan. The same thing applies to premiums for the life insurance plan.

Prior to changes to parliamentary pensions in 1995, all parliamentarians who contributed to the pension plan for at least six years were eligible for an immediate pension upon retirement, regardless of age. They would all have received benefit plan coverage on retirement, regardless of age.

Since Parliament passed changes to the parliamentary pension plan in 1995, parliamentarians elected or appointed after 1995 can only receive a pension at age 55. These parliamentarians receive benefit plan coverage only after age 55.

[Translation]

The first part of the bill would allow retired parliamentarians aged 50 to 55, who are not in receipt of a pension, to participate in the benefit plans. This would be similar to provisions available for retired public servants who receive a reduced pension between the ages of 50 and 55.

The second part of Bill C-24 clarifies the disability allowance for parliamentarians over 65, which provision was established in 2001 to provide coverage on the same basis as that available for parliamentarians under 65. This is an initiative that the Senate developed, and which was included in changes to parliamentary compensation adopted in 2001 to implement the independent Lumley commission report.

Since 2001, it has been brought to the government's attention that the authority for Medical Plan coverage for parliamentarians over 65 is unclear, and that legislation should clarify this situation.

The bill would come into force with retroactive effect to January 1, 2001, consistent with other changes to parliamentary compensation made in 2001.

I would now welcome any questions Senators may have.

[English]

The Chairman: Thank you, minister. May I ask you one question for clarification? This bill surprised me.

My understanding of the general process of changing compensation for parliamentarians has been that following an election, a commission is appointed to make a recommendation. Then a package of changes to compensation for parliamentarians is developed that basically covers the compensation that

Les parlementaires à la retraite paient en outre les mêmes cotisations à ces régimes que les fonctionnaires à la retraite. À titre d'exemple, les cotisations au régime de soins de santé varient de 25,57 \$ à 63,07 \$ par mois, suivant le niveau de couverture et la nature du plan, soit individuel ou familial. Les cotisations au régime de soins dentaires varient de 16 \$ à 47,96 \$ par mois suivant le nombre de personnes assurées. La même chose vaut pour les cotisations au régime d'assurance-vie.

Avant qu'on ne modifie les dispositions du régime, en 1995, tous les parlementaires qui avaient cotisé à celui-ci pendant au moins six mois étaient admissibles à une pension dès qu'ils prenaient leur retraite, sans égard à leur âge. Ainsi, tous profitaient des avantages sociaux du régime au moment de la retraite, indépendamment de leur âge.

Mais les parlementaires élus ou nommés depuis que le Parlement a apporté des modifications au régime de pension des parlementaires en 1995 ne peuvent toucher leur pension de retraite qu'à 55 ans. Par conséquent, ils ne profitent des avantages sociaux offerts par le régime qu'à partir de cet âge.

[Français]

La première partie du projet de loi a pour but de permettre aux parlementaires retraités, âgés de 50 à 55 ans, qui ne reçoivent pas de pension, de participer au régime d'avantages sociaux. Ces dispositions sont semblables à celles qui s'appliquent aux fonctionnaires à la retraite et qui touchent une pension réduite entre 50 et 55 ans.

La deuxième partie du projet de loi C-24 vient préciser l'allocation d'invalidité accordée aux parlementaires âgés de 65 ans et plus prévue en 2001 pour offrir une couverture similaire à celle des parlementaires âgés de moins de 65 ans. Il s'agit d'une initiative préparée par le Sénat qui faisait partie des modifications apportées au régime de rémunération des parlementaires adoptés en 2001 dans la foulée du rapport d'une commission indépendante, la commission Lumley.

Depuis 2001, on rappelle au gouvernement que la couverture du régime de soins médicaux pour les parlementaires de plus de 65 ans n'est pas claire et que des précisions doivent être apportées à ce sujet dans la loi.

Le projet de loi entrera en vigueur, avec effet rétroactif, le 1^{er} janvier 2001, comme c'est le cas pour d'autres changements effectués en 2001 concernant la rémunération des parlementaires.

Je suis à votre disposition pour répondre à vos questions.

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur le ministre. Puis-je obtenir une précision? Ce projet de loi m'étonne.

À ma connaissance, voici comment on procède pour modifier la rémunération des parlementaires. À la suite d'élections, une commission est nommée en vue de faire une recommandation. Par la suite, on élabore un ensemble de changements proposés à la rémunération des parlementaires qui visent essentiellement la

parliamentarians receive until the period following the next election. This process has been followed, to the best of my knowledge, for at least 20 years.

It strikes me as odd that a bill would be coming forward at the very end of a session to change compensation for parliamentarians when process would tell us that following the upcoming election, a commission would be appointed. Sometime in 2005 a new set of proposals would be developed.

First, I find it odd that we are changing the process. Second, when I tried to inquire as to why we were changing the process, I was told that there is a parliamentarian who is caught in this under-55 age gap, who is not re-offering and who has a debilitating illness. I was told that that was the essential motivation for making this change.

We do not need to get into the issue of who the individual is or what the illness is. That is not my point.

I want to comment on that specifically. As someone who has spent a good deal of my adult life chairing human resource committees for boards of some major corporations, I would never change the underlying policy on the basis of wanting to do something for a single individual. I would find some way of dealing with that as a one-off situation. I am saying that the private sector would never do that. It would find a way of dealing with the one-off case.

As I understand it, this bill, which is motivated by trying to deal with that one-off case, is proposing a more general, broader policy change. I am puzzled.

To be precise, I have two questions. First, why are we doing the bill at all when it would normally be done following the commission report after the election? Second, if I am correct and it is being done to deal with a one-of-a-kind case, why are we changing the broad policy for a single case, as opposed to doing what the private sector would do, which is to find other means to solve the problem?

Mr. Saada: You are quite correct in describing the usual process. You are quite correct in terms of what triggered the thinking on this issue. Of course, the interventions from various parliamentarians from all political parties were centred on the concern that was raised on that point.

Obviously, if it were only that, we might have been able to deal with this issue differently. However, this case revealed that there was something fundamentally unfair about the way things had been done. We had covered a number of time periods but this hole in the middle was not covered. It became a question of whether we wait, unfairly, to correct the problem in the current legislation, or do we take action immediately on this issue?

It is important that we elevate ourselves above political considerations, for obvious reasons. The only reason I felt comfortable pushing this bill through the process was that there was unanimous agreement in the House that it was the proper thing to do.

rémunération qu'ils toucheront jusqu'au début de la période suivant les élections suivantes. À ma connaissance, ce processus est en vigueur depuis au moins 20 ans.

Je trouve étonnant que l'on présente à la toute fin d'une session un projet de loi visant à modifier la rémunération des parlementaires alors que selon la procédure habituelle, dans la foulée des élections à venir, une commission chargée de ce dossier serait nommée et qu'en 2005, une nouvelle série de propositions seraient élaborées.

Premièrement, je trouve curieux que l'on modifie le processus. Deuxièmement, lorsque j'ai essayé de savoir pourquoi, on m'a dit qu'un parlementaire se trouvant dans la catégorie des moins de 55 ans et qui ne se représentera pas souffre d'une maladie débilante. On m'a dit que c'était là la raison principale pour laquelle on voulait apporter ce changement.

Il n'est pas nécessaire de savoir qui est l'individu en question ni de quelle maladie il s'agit. Là n'est pas l'important.

Je voudrais commenter cela spécifiquement. Moi qui ai passé une bonne partie de ma vie d'adulte en tant que président de comités des ressources humaines pour les conseils d'administration de certaines grandes sociétés, je ne modifierais jamais la politique de base pour essayer de régler un cas individuel. Je trouverais un moyen de régler cela sur une base individuelle. On ne ferait jamais cela dans le secteur privé. On trouverait un moyen de régler ce cas particulier.

Si j'ai bien compris, ce projet de loi, qui est mu par l'intention de régler ce cas particulier, propose un changement de politique plus générale. Je suis confondu.

Pour être précis, j'ai deux questions. Premièrement, pourquoi devons-nous étudier ce projet de loi lorsque normalement, cela devrait se faire à la suite du rapport de la commission, après les élections? Deuxièmement, si je ne me trompe pas et que l'objet de la mesure est de régler un cas particulier, pourquoi modifier la politique générale pour un cas unique, au lieu de faire ce que l'on ferait dans le secteur privé, c'est-à-dire trouver d'autres moyens de résoudre le problème?

M. Saada: Vous avez bien décrit le processus habituel. En outre, vous avez raison en ce qui concerne le cas qui a été le point de départ de la réflexion à ce sujet. Bien entendu, les interventions des divers parlementaires de tous les partis politiques ont porté principalement sur cette préoccupation.

Évidemment, s'il s'agit uniquement de cela, nous aurions peut-être pu régler cette affaire différemment. Cependant, ce cas a mis au jour une injustice fondamentale dans la façon de faire les choses. Nous avons couvert un certain nombre de périodes, mais il y avait un coût au milieu qui n'était pas couvert. Il s'agissait donc de savoir si nous devons attendre, injustement, pour corriger le problème figurant dans la loi actuelle, ou si nous allions agir immédiatement.

Il est important de s'élever au-dessus des considérations politiques, pour des raisons évidentes. Si je me sens tout à fait à l'aise de promouvoir ce projet de loi, c'est qu'il a obtenu l'assentiment unanime de la Chambre, qui a convenu que c'était la chose à faire.

It is not a change in policy per se. It is fixing something that was wrong within the policy.

The Chairman: I do not disagree that a mistake was made and the policy should have been corrected initially. However, if it were just this one case, you probably could have found a way around it.

Why did we not do that? Sometime in the next 12 months, we will be dealing with all kinds of amendment to the acts that deal with the compensation of parliamentarians.

You and I are very much on the same wavelength, in that sense. I am not surprised that the bill was agreed to unanimously because I do not know that the people in the House would necessarily have the experience in the private sector to say that there are other ways of dealing with it. Second, with people motivated to help a colleague, they would not have necessarily looked at another alternative.

Knowing that in 12 months we will be dealing with a broader piece of legislation anyway, I do not know why we did not deal with this in another way. Can you explain why you did not deal with the case as one of a kind and make this a high priority item following the election?

Mr. Saada: I will begin, and then pass it on to my officials for the second part of your question.

I did not explore avenues to deal with this matter on an exceptional basis. I was simply trying to answer the concern that you expressed in your questions.

Let me put it this way. You observe a situation that alerts you to an unintended flaw in the system. Should we not deal with it and let the process take its course? Hypothetically, we will have an election within a year and a half. Another year or so will pass before a review. Two and a half or three years have passed before there is a proposal for resolution of the problem. You must then introduce legislation.

In terms of efficiency, we saw a problem. It was a flaw. We addressed it. The way we addressed it is this proposed bill.

[*Translation*]

Would you care to add to that?

[*English*]

Ms. Ginette Bougie, Director, Pay and Classification, Privy Council Office: Actually, you are quite right. Prior to 2001, there was a process by which after the election, a special commission was created to review compensation and benefits for parliamentarians. However, after that last commission, the Parliament of Canada Act was amended to abolish that process.

Il ne s'agit pas à proprement parler d'un changement de politique. C'est plutôt que l'on corrige une lacune de la politique.

Le président: Je ne disconviens pas qu'une erreur a été faite et que la politique aurait dû être corrigée à l'origine. Cependant, si un seul cas s'est présenté, il aurait été sans doute possible de trouver un moyen de régler cela.

Pourquoi ne pas l'avoir fait? D'ici les 12 prochains mois, nous serons saisis de divers amendements à la législation relative à la rémunération des parlementaires.

Vous et moi sommes tout à fait sur la même longueur d'ondes, en ce sens. Je ne suis étonné que le projet de loi ait recueilli le consentement unanime car je ne crois pas qu'il y ait grand monde à la Chambre des communes qui ait nécessairement l'expérience du secteur privé et par temps, savoir qu'il y a d'autres façons de procéder. Deuxièmement, comme les gens souhaitaient aider un collègue, ils n'ont pas nécessairement envisagé une solution de rechange.

Sachant que d'ici 12 mois nous devons de toute façon examiner une vaste mesure législative, je ne vois pas pourquoi nous ne réglons pas cette affaire d'une autre façon. Pouvez-vous m'expliquer pourquoi vous n'avez pas traité ce cas comme un cas d'exception et en faire une question prioritaire après les élections?

M. Saada: Je vais commencer et ensuite je céderai la parole à mes collaborateurs pour la seconde partie de votre question.

Je n'ai pas à explorer d'avenues pour régler ce cas comme un cas d'exception. Je voulais simplement tenter de répondre à la préoccupation que vous avez exprimée dans vos questions.

Voici comment je vois les choses. Vous observez une situation qui vous alerte à une lacune fortuite dans le système. Faut-il se croiser les bras et laisser le processus suivre son cours? Hypothétiquement, il y aura des élections d'ici 18 mois. Une autre année environ s'écoulera avant qu'il y ait un examen. Deux ans et demis ou trois auront passé avant qu'il y ait une proposition en vue de résoudre le problème. Ensuite, il faut présenter un projet de loi.

Au plan de l'efficacité, nous avons constaté un problème. C'était une lacune. Nous l'avons corrigé et ce, en présentant ce projet de loi.

[*Français*]

Est-ce que vous pouvez compléter la réponse, s'il-vous-plaît?

[*Traduction*]

Mme Ginette Bougie, directrice, Rémunération et classification, Bureau du Conseil privé: En fait, vous avez raison. Avant 2001, il existait un processus voulant qu'après les élections, une commission spéciale était créée en vue d'examiner la rémunération et les avantages des parlementaires. Cependant, après la dernière commission, la Loi sur le Parlement du Canada a été modifiée pour abolir ce processus.

As a result, the establishment of salaries for parliamentarians is directly linked to that of judges of the Federal Court. Therefore, it was no longer required to have a commission to study these things.

The Chairman: May I ask you for one point of clarification? You explicitly used the word “salary.” I assume that you meant salaries and benefits. Did you just mean salaries?

Ms. Bougie: And benefits. There is no longer a commission.

The Chairman: It is correct that salaries of members of Parliament are now linked to judicial salaries. Does that also apply to benefits? This is a benefits issue, not a salary issue.

Ms. Bougie: It only applies to salaries, you are correct.

The Chairman: That is interesting, but irrelevant, because this applies to benefits.

Ms. Bougie: It was tied to the creation of a commission to study these things, which no longer exists.

With respect to benefits for parliamentarians, the Financial Administration Act gives the Treasury Board the authority to fix benefits for executives within the realm of the public service; it does not give them the authority to fix benefits for parliamentarians. The only way to correct the situation in which we found ourselves, that is, lacking coverage for those between the ages of 50 and 55 years, was to create a legislative basis on which to provide that benefit coverage.

The Chairman: I am not sure I understand the implication of what you are saying. I forgot that the salary issue was cleverly tied to judge’s salaries on the grounds that it would be easier for our salaries to go up provided we treat judges fairly. I understand that.

That means that the benefits issue will not necessarily be looked at following each election because the benefits are designed to be exactly compatible with the benefits in the public service. If their benefits do not change, then I presume our benefits do not change.

Therefore, it would follow that it is no longer true that legislation amending the benefits for parliamentarians would normally appear within a year or so of an election. Is that correct?

Ms. Bougie: That is correct.

Senator Lynch-Staunton: Senator Kirby has touched on a number of things that I wanted to raise.

Résultat, les salaires des parlementaires sont directement liés à ceux des juges de la Cour fédérale. Par conséquent, il n’était plus nécessaire d’avoir une commission chargée d’étudier cela.

Le président: Puis-je avoir une précision? Vous avez explicitement utilisé le terme «salaires». Je suppose que vous voulez dire par là salaires et avantages. Voulez-vous parler uniquement des salaires?

Mme Bougie: Des avantages également. Il n’existe plus de commission.

Le président: Il est exact que les salaires des parlementaires sont maintenant liés aux salaires des juges. Cela s’applique-t-il également aux avantages sociaux? Nous discutons d’avantages sociaux, et non de salaire.

Mme Bougie: Cela s’applique uniquement aux salaires. Vous avez raison.

Le président: C’est intéressant, mais cela n’a rien à voir puisque c’est d’avantages sociaux qu’il s’agit.

Mme Bougie: Cela avait un lien avec la création d’une commission chargée d’étudier ces choses-là, commission qui n’existe plus.

Pour ce qui est des avantages sociaux accordés aux parlementaires, la Loi sur la gestion des finances publiques confère au Conseil du Trésor le pouvoir de fixer les avantages sociaux pour les cadres supérieurs de la fonction publique; elle ne lui donne pas le pouvoir de fixer des avantages sociaux pour les parlementaires. La seule façon de remédier à la situation dans laquelle nous nous trouvons, soit l’absence de couverture pour les parlementaires âgés de 50 à 55 ans, était de rédiger une mesure législative autorisant cette couverture.

Le président: Je ne suis pas sûr de comprendre ce que tout cela implique. J’avais oublié que nos salaires étaient judicieusement liés à ceux des juges, au motif qu’il serait plus facile d’avoir des augmentations pourvu que l’on traite les juges de façon équitable. Je comprends cela.

Cela signifie que les avantages sociaux ne feront pas nécessairement l’objet d’un examen chaque fois qu’il y aura des élections étant donné qu’ils sont conçus pour être exactement compatibles à ceux accordés aux fonctionnaires. Si leurs avantages sociaux ne changent pas, je présume que les nôtres ne changeront pas non plus.

Il s’ensuit donc qu’il n’est plus juste de dire qu’une mesure législative visant à modifier les avantages sociaux des parlementaires sera normalement présentée environ un an après les élections. Est-ce juste?

Mme Bougie: C’est juste.

Le sénateur Lynch-Staunton: Le sénateur Kirby a abordé un certain nombre de questions que je voulais soulever.

Particularly, how we can avoid coming to Parliament in such instances. This is the third bill that I can remember that was triggered by the situation of one parliamentarian. As compassionate as we may wish to be, I think that is the wrong way to go about it.

I have had similar experience to that to which Senator Kirby referred, in private business. When there was a special case, it was defined as such somewhere in the policy. It could be treated as a special case within the policies.

I will ask the colleagues that you brought with you, minister, to elaborate on that. Hopefully, we can avoid dealing with legislation such as this in the future.

Minister, I have great respect for the way each House handles legislation. We do not always do it the same way, but there are times when the House seems to be a little hasty.

Your argument on the bill is valid. If this is considered to be a flaw that has existed for too long, let us correct it. However, I am still concerned that we are correcting it because of one individual.

If there is validity to this bill, why was it passed in about 20 minutes on a Friday afternoon, without any debate, report, committee, or clause-by-clause study? All those steps simply were deemed to have taken place. Had the House looked at this bill more closely, and had discussion taken place in the House, perhaps it would not have necessitated holding these hearings, with as many witnesses as we appear to have.

I would like you to explain why that bill was given such preferential treatment at a time when not many people were watching or aware of what was going on.

Mr. Saada: May I let Mr. Wall begin the answer?

Senator Lynch-Staunton: Yes.

Mr. Saada: I will then complete the answer.

Mr. Ron Wall, Director, Parliamentary Operations, Legislation and House Planning/Counsel, Privy Council Office: The honourable senator is correct about the amount of time that it took for the House to complete the passage of the proposed legislation. However, there were many discussions that preceded that, including at the Board of Internal Economy last fall, and others among House leaders. In cases of technical legislation, where it appears quite clear that a matter is fair and can be dispensed with in a fairly quick manner, it is not uncommon for the House of Commons to move quickly.

I would point out as well that while it seems that there is a precipitating case in the House, as Minister Saada has indicated, the principles for this policy change have been developed on the basis of similar principles that apply to retired public servants.

Particulièrement, comment serait-il possible d'éviter de soumettre de telles questions au Parlement. Si je me souviens bien, c'est le troisième projet de loi engendré par la situation d'un parlementaire. Même si nous voulons faire preuve de compassion, je pense que c'est la mauvaise façon de procéder.

J'ai vécu une expérience similaire à celle évoquée par le sénateur Kirby dans le secteur privé. Lorsqu'un cas particulier se présentait, il était défini comme tel dans la politique. Il pouvait être réglé comme un cas d'exception dans le cadre de la politique.

Monsieur le ministre je voudrais que les collègues qui vous accompagnent nous fournissent plus de détails. Il faut espérer que nous pourrions éviter d'être saisis de mesures comme celle-là à l'avenir.

Monsieur le ministre, j'ai énormément de respect pour la façon dont chaque chambre étudie les mesures législatives. Nous ne fonctionnons pas toujours de la même manière, mais il arrive parfois que la Chambre semble agir un peu précipitamment.

Votre argument concernant la mesure est valable. Si l'on considère qu'il s'agit d'une lacune qui dure depuis trop longtemps, faisons en sorte d'y remédier. Cependant, le fait que nous y remédions à cause d'une seule personne continue de m'inquiéter.

Si la mesure est si valable, pourquoi a-t-elle été adoptée en 20 minutes environ un vendredi après-midi sans qu'il y ait eu débat, rapport, renvoi au comité ou étude article par article? Toutes ces étapes ont simplement été réputées avoir eu lieu. Si la Chambre avait examiné la mesure d'un peu plus près et s'il y avait eu une discussion dans cette enceinte, il ne serait peut-être pas nécessaire pour nous de tenir ces séances, avec autant de témoins.

Je voudrais que vous m'expliquiez pourquoi cette mesure a bénéficié d'un traitement préférentiel à un moment où il n'y avait pas grand monde qui était présent à la Chambre ou qui était au courant.

M. Saada: Puis-je laisser M. Walsh commencer à répondre?

Le sénateur Lynch-Staunton: Oui.

M. Saada: Je compléterai ensuite sa réponse.

M. Ron Wall, directeur, Relations parlementaires, Planification de la législation et des travaux de la Chambre/avocat, Bureau du Conseil privé: L'honorable sénateur a raison pour ce qui est du temps qu'il a fallu à la Chambre pour adopter la mesure proposée. Cependant, il y a eu de nombreuses discussions qui ont précédé cela, y compris au Bureau de régie interne l'automne dernier, et entre les leaders à la Chambre. S'agissant de mesures techniques lorsqu'il apparaît clairement qu'une question est juste et peut être réglée assez rapidement, il n'est pas rare que la Chambre des communes agisse sans délai.

Je signale également que s'il peut sembler que la Chambre ait agité de façon précipitée, comme le ministre Saada l'a dit, les principes sous-jacents à ce changement de politique se sont inspirés de principes analogues applicables aux fonctionnaires à la retraite.

Mr. Saada: In his speech in the Senate, Senator Lynch-Staunton alluded to the fact — and he has invoked the same argument again — that it was done when no one was watching or no one was in the House. I do not remember the exact wording. With all due respect, I do not think that is fair, for the following reason. All political parties agreed to proceed after extensive consultation, after debate by parliamentarians in various forums. Actually, we all also agreed on the date it would be tabled. No one saw any problem of substance. There was no opposition. The fact that it was done on a Friday when no one was around was not intentional. It may have been a fact that no one was around, but it had nothing to do with the intent of the content of the bill. I want to ensure that we are on the same wavelength in the understanding of what actually happened there.

One political party in the House raised the issue a number of months ago. It was picked up at the Board of Internal Economy, where there is representation of all the parties, although not necessarily the leaders of all parties. For instance, I was involved in the board discussions at the time, when I was not in my present position. Discussions then took place within caucuses. Discussions took place again at leaders' meetings. We then had some difficulties to overcome in terms of how we would deal with this issue, how we would present it and so on. Again, there was extensive consultation on that basis. What you see is not of a piece of proposed legislation passed when no one was around, but that was produced after extensive concern and consultation.

Senator Lynch-Staunton: Yes, but all those meetings — a board meeting, caucus meetings and house leaders' meetings — are held in private. The public had no notice of this bill. This is what I deplore. If the House had at least gone to Committee of the Whole, someone would have been alerted to what was going on. We are talking about the fact that public funds were committed without any public input whatsoever.

I do not mind the unanimous agreement part. I do not buy the part that it is just a technical bill and we should let it go through. I have seen too many bills called "technical" that were not actually technical at all. Fortunately, we looked at them more carefully here. It was done in such a way that the public was only aware of it after the fact. That is what I deplore. I think if you, as minister responsible, had been a little more open, declared unanimous consent, sent the bill to committee and explained it, you would have had no problems. Instead, suspicions have now been cast on this bill and its purpose because of the way it was handled in the House of Commons.

I had to say that. Do you want to comment?

Mr. Saada: Just a minor point. With all due respect for your position, the bill was not publicly announced and voted on the same day. It was publicly announced, the bill was released, and the contents were public before we voted on it.

M. Saada: Dans son discours au Sénat, le sénateur Lynch-Staunton a fait allusion au fait — et il vient d'invoquer le même argument — que l'on a procédé en catimini ou lorsqu'il n'y avait personne à la Chambre. Je ne me souviens pas de ces propos exacts. Sans vouloir vous manquer de respect, je ne pense pas que l'on puisse affirmer cela en toute équité, pour la raison suivante. Tous les partis politiques ont convenu d'aller de l'avant après de sérieuses consultations, après que les parlementaires en aient discuté à diverses tribunes. En fait, on s'était aussi entendu sur la date à laquelle le projet de loi serait présenté. Personne n'avait vu de problème de fond. Il n'y avait aucune opposition. Le fait que l'on ait présenté la mesure un vendredi, alors qu'il n'y avait pas grand monde, n'était pas délibéré. Je veux m'assurer que nous soyons sur la même longueur d'onde en ce qui concerne ce qui s'est vraiment passé à la Chambre.

Un parti politique à la Chambre a soulevé la question il y a quelques mois. Elle a été reprise par le Bureau de régie interne, où sont représentés tous les partis, bien que ce ne soit pas nécessairement les chefs de tous les partis. Par exemple, j'ai participé aux discussions à la régie interne à ce moment-là, mais je n'occupais pas mon poste actuel. Il y a ensuite eu des discussions au sein des caucus. Et encore d'autres discussions aux réunions des chefs de parti. Nous nous sommes alors heurtés à certaines difficultés quant à la façon de régler cette affaire, de présenter les choses, et cetera. Encore là, il y a eu de vastes consultations. Ce que vous avez entre les mains, ce n'est pas une mesure législative qui a été adoptée à la sauvette lorsque personne n'était là. C'est plutôt le fruit de consultations approfondies.

Le sénateur Lynch-Staunton: Oui, mais toutes ces réunions — réunions de la régie interne, des caucus et des leaders à la Chambre — sont tenues en privé. Le public n'a pas été averti au sujet de la mesure. C'est ce que je déplore. Si à tout le moins la Chambre s'était constituée en comité plénier, quelqu'un aurait été averti de ses intentions. En l'occurrence, ce qui dérange c'est le fait que l'on ait engagé des fonds publics sans que la population ait été sondée.

Ce n'est pas le consentement unanime qui me dérange. Je n'accepte pas qu'on dise qu'il s'agit uniquement d'une mesure technique et que nous devrions la laisser passer. J'ai trop vu de ces projets dits «techniques» qui ne l'étaient vraiment pas. Heureusement, nous les examinons plus soigneusement ici. On a fait les choses de telle façon que le public a été mis au courant après coup. Voilà ce que je déplore. En tant que ministre responsable, si vous aviez été un peu plus ouvert, si vous aviez fait état du consentement unanime et envoyé le projet de loi au comité en l'assortissant d'explications, vous n'auriez pas eu de problème. Au lieu de cela, le projet de loi et son intention ont suscité des soupçons en raison du traitement qu'on lui a réservé à la Chambre des communes.

Il fallait que je le dise. Avez-vous des observations à faire?

M. Saada: Juste un détail. Avec tout le respect que je vous dois, le projet de loi n'a pas été publiquement annoncé ni fait l'objet d'un vote le même jour. Le projet de loi a été publiquement annoncé, il a été publié et son contenu a été rendu public avant que nous ne passions au vote.

Senator Lynch-Staunton: Is this a press release you are talking about?

Mr. Saada: I am talking about announcing the bill and making the contents public.

Senator Lynch-Staunton: It did not exactly make the headlines of my newspaper.

In any event, is there a way to avoid a repetition of this situation, where a bill to amend an existing act is presented on the basis of the predicament of one or two individuals only? That is my major question. It is done elsewhere, as the chairman has said, in private business. Why can it not be done in government?

Mr. Saada: Senator, could you please bear with me and repeat the question? I lost part of the sound.

[Translation]

Senator Lynch-Staunton: How is it that each time a special case arises, it cannot be dealt with through existing legislation and Parliament must step in once again to amend an existing act? If memory serves me well, this is the third time we have had to consider an amendment to settle the case of one or two individuals. In the private sector, exceptions can be dealt with by resorting to policy currently in place. However, in this particular instance, no provisions appear to apply. Consequently, new changes need to be approved.

Mr. Saada: This was not my area of responsibility at the time. Consequently, I have to wonder what in fact transpired.

As I understand, the bill that did away with the remuneration review commission and that adjusted the overall salaries of parliamentarians to bring them in line with the salaries of magistrates went through both the House of Commons and the Senate.

[English]

Senator Lynch-Staunton: That was the remuneration act. Is that what you are talking about, in which we fixed salaries of parliamentarians to that of judges?

Mr. Saada: Yes.

Senator Lynch-Staunton: We are talking about something else here. We are talking about benefits.

[Translation]

Mr. Saada: I would have to check, but a process was surely followed at the time to bring in some amendments, despite the fact that certain shortcomings remain. If the problem was not rectified at the time, it really does not matter who was responsible for the situation. What matters, in my opinion, is that we have a duty today to rectify any existing error, shortcoming or injustice.

It was not a matter of a question involving a single individual. A problem has been identified, one that presents an injustice for all those who may find themselves in a similar situation. I am

Le sénateur Lynch-Staunton: Parlez-vous d'un communiqué?

M. Saada: Je dis simplement que le projet de loi a été annoncé et son contenu rendu public.

Le sénateur Lynch-Staunton: Il n'a pas vraiment fait la une de mon quotidien.

Dans tous les cas, est-il possible d'éviter que ne se reproduise ce genre de situation où un projet de loi modifiant une loi existante est présenté pour régler les difficultés d'une ou deux personnes seulement? C'est ma principale question. Cela se fait ailleurs, comme l'a dit le président, dans le secteur privé. Pourquoi n'est-il pas possible de le faire au gouvernement?

M. Saada: Sénateur, pourriez-vous répéter la question? Je n'ai pas pu l'entendre.

[Français]

Le sénateur Lynch-Staunton: Comment se fait-il qu'à chaque fois que se présente un cas spécial, on ne puisse pas le régler par le biais d'une loi existante et qu'il faille toujours revenir au Parlement pour modifier une loi existante afin de permettre que le cas soit réglé? De mémoire, c'est la troisième fois que l'on doit apporter une modification pour régler le cas d'une ou deux personnes en particulier. Dans l'entreprise privée, les cas d'exception peuvent se régler par le biais d'une politique existante. Toutefois, dans le cas présent, il ne semble pas exister d'articles à cet effet. Par conséquent, de nouveaux amendements doivent être apportés.

M. Saada: À l'époque, je n'avais pas ces responsabilités. Par conséquent, je dois me poser la question sur ce qui s'est produit.

Il me semble que le projet de loi qui a éliminé la commission d'étude sur les salaires et qui a ajusté l'ensemble de la rémunération des parlementaires en se basant sur le salaire des juges a fait l'objet d'un processus à la fois à la Chambre des communes et au Sénat.

[Traduction]

Le sénateur Lynch-Staunton: C'était la loi sur la rémunération. Est-ce ce dont vous voulez parler, la loi établissant la rémunération des parlementaires en fonction de celle des juges?

M. Saada: Oui.

Le sénateur Lynch-Staunton: Nous parlons ici de quelque chose de différent. Nous parlons des avantages sociaux.

[Français]

M. Saada: Sous réserve de pouvoir vérifier, on a certes dû suivre un processus à l'époque pour apporter les modifications, même s'il est resté quelques lacunes. Si à cette époque on n'a pas corrigé le problème, peu importe où il se situait et qui en était responsable, je crois que nous avons l'obligation aujourd'hui de corriger toute erreur, lacune ou injustice pouvant exister.

La question n'était pas celle d'un individu. Il s'agit d'une question qui a fait en sorte que nous avons pu déceler un problème dépassant largement le cadre d'un seul individu et qui

referring to the first part of the bill which concerns the accessibility of benefit plans for retired parliamentarians between 50 and 55 years of age.

I will let Mr. Wall answer the second part of the question.

[*English*]

Mr. Wall: The second part of this bill deals with the disability allowance for parliamentarians who are over 65 years old. The initiative for that measure, which was enacted in 2001 as part of the response to the Lumley commission, came from the Senate. In some ways, it is a similar response, because the idea of a disability allowance for parliamentarians over age 65, which was the recommendation of a Senate committee report, was also for a potentially small number of people. However, the principle was there. The principle was that a disability allowance is available for parliamentarians and public servants who are over age 65.

Because parliamentarians — honourable senators, for example — are required to work beyond age 65, the disability allowance that applies to them before 65 should, by a measure of fairness, apply to them after age 65.

To date, no honourable senator has had to take advantage of this provision and there has only been one person in the House of Commons who has. Nevertheless, the principle of fairness and equity that applies to the disability allowance is mirrored in the first part of the bill, which deals with the provision of plan benefits for retired parliamentarians who are eligible for a pension between the ages of 50 and 55.

Senator Keon: To a degree, Ms. Bougie has answered my concerns. However, I just could not understand why there seemed to be such urgency about getting this bill through, so I will ask something in a different context.

What damage will result if this bill does not pass now, and passes instead after the election?

Mr. Saada: There are two parts to the answer. The first part is, if we observe something that seems to us, in good conscience, unfair, do not we have the duty to try to do our utmost to correct it as quickly as possible? The second part is I would not like to speculate around this table about the date of an election. Constitutionally, an election could take place as late as the fall of 2005. We cannot act to repair an injustice on the basis of a potential decision on the date of an election.

This was not intended to be a political bill. I understand senators would like to debate it, and that, of course, is quite legitimate, but it is a bill that is aimed at correcting an injustice. That is the only objective in pursuing this.

pose une injustice pour tous ceux qui pourraient se trouver dans la même situation. Je fais référence à la première partie du projet de loi en ce qui a trait à l'accessibilité aux protections pour les personnes retraitées âgées entre 50 et 55 ans.

Pour la seconde partie de la question, j'aimerais céder la parole à M. Wall.

[*Traduction*]

M. Wall: La deuxième partie de ce projet de loi traite de l'allocation d'invalidité pour les parlementaires âgés de plus de 65 ans. L'initiative de cette mesure promulguée en 2001 dans le cadre de la réponse à la commission Lumley provenait du Sénat. À plusieurs égards, c'est une réponse similaire, vu que le concept d'allocation d'invalidité pour les parlementaires âgés de plus de 65 ans, qui était la recommandation d'un rapport de comité sénatorial, visait également un nombre relativement peu élevé de personnes. Toutefois, le principe était établi, indiquant qu'une allocation d'invalidité est possible pour les parlementaires et les fonctionnaires âgés de plus de 65 ans.

Étant donné que les parlementaires — les honorables sénateurs, par exemple — doivent travailler au-delà de l'âge de 65 ans, l'allocation d'invalidité qui s'applique à eux avant l'âge de 65 ans devrait, en toute justice, s'appliquer à eux après l'âge de 65 ans.

Jusqu'à présent, aucun sénateur n'a dû avoir à invoquer cette disposition, contrairement à une seule personne à la Chambre des communes. Néanmoins, le principe de justice et d'équité qui s'applique à l'allocation d'invalidité trouve son pendant dans la première partie du projet de loi, qui traite de la disposition relative aux avantages du régime pour les parlementaires à la retraite qui sont admissibles aux prestations de retraite entre 50 et 55 ans.

Le sénateur Keon: Dans une certaine mesure, Mme Bougie a répondu à mes questions. Toutefois, comme je ne peux tout simplement pas comprendre pourquoi il semble qu'il soit aussi urgent d'adopter ce projet de loi, je vais poser ma question sous un angle différent.

Quel tort serait causé si ce projet de loi n'était pas adopté maintenant, mais après les élections?

M. Saada: Il y a deux volets à la réponse. Premièrement, si nous nous rendons compte du fait que quelque chose nous semble, en toute bonne conscience, injuste, n'avons-nous pas le devoir d'essayer de faire tout ce qui est en notre pouvoir pour y remédier le plus rapidement possible? Deuxièmement, je ne souhaite pas faire ici des suppositions au sujet de la date des élections. Constitutionnellement parlant, des élections pourraient avoir lieu à l'automne 2005 au plus tard. Nous ne pouvons attendre de remédier à une injustice en fonction d'une décision éventuelle quant à la date des élections.

Ce projet de loi ne devait pas être de nature politique. Je comprends que les sénateurs aimeraient en débattre et, bien sûr, c'est tout à fait légitime, mais il reste qu'il s'agit d'un projet de loi visant à corriger une injustice. C'est le seul objectif qui devrait nous pousser à agir.

Senator Keon: What inconvenience will be caused to the people affected by this bill if it is delayed for, let us say, even two years?

The Chairman: May I ask a supplementary question on that? It is really for officials rather than the minister.

If, in fact, this bill had never appeared at this point, is there a one-off solution that through the creativity of the people in the PCO — and having worked there myself, goodness knows, I know how very creative you can be — could have resolved the case of the one MP who was the original impetus for this bill? Is there a way you could do it in that single case, without legislation?

I think that is essentially the point that Senator Keon is getting at, but I want you to be precise on the one specific case.

Ms. Bougie: I understand your question and I go back to how these insurance plans are set up. The Treasury Board authorizes the setting-up of benefit plans for public servants and then they enter into contracts with insurance underwriters. There are very specific clauses on who can be covered, under what circumstances, how they will be paid and how this will be managed. Unfortunately, Treasury Board has the authority to enter into these contracts.

It would not be appropriate for the executive to determine Parliamentarians' compensation or benefits. Therefore, the legislation, the Parliament of Canada Act, was set up to provide that Parliamentarians would be the ones to legislate their own benefits.

Without this amendment to the Parliament of Canada Act, no one could possibly be covered for benefits between now and the possible date of the election, if this were deferred until after that election. Unfortunately, these underwriting contracts do not allow for one-off situations. They are very specific. If a person from Treasury Board is here, he or she can maybe provide more information on that.

The Chairman: Is the short answer to my question, no?

Ms. Bougie: Correct.

Senator Keon: I would like to hear the details of the damage that we will do to somebody if we do not approve this bill.

Mr. Saada: Senator, it is quite correct that the issue was triggered by one case. That is clear. I have no guarantee that it will apply to only one case. I have no clue. I hope it is only one case, because it is for medical coverage purposes. I hope no one else has to have recourse to that, but I cannot give you any guarantee. While we have only one known case, I do not know what will develop in the future.

The second thing is — and I am speaking here as a parliamentarian — I would feel very uncomfortable pushing back a timeline on a decision when I know that something is fundamentally wrong. We are dealing, of course, with a policy

Le sénateur Keon: Si on adoptait le projet de loi dans deux ans, par exemple, en quoi cela causerait-il du tort aux personnes visées?

Le président: Puis-je poser une question supplémentaire à ce sujet? Elle s'adresse véritablement aux hauts fonctionnaires plutôt qu'au ministre.

Si, en fait, ce projet de loi n'avait pas été présenté à ce moment-là, les responsables du BCP n'auraient-ils pas pu trouver une solution ponctuelle — ayant moi-même travaillé à ce bureau, je sais que l'on peut y faire preuve d'une grande créativité — ce qui aurait réglé le cas du député qui finalement a été l'élément déclencheur de ce projet de loi? Aurait-il été possible de régler ce cas unique, sans adopter de mesure législative?

Je pense que c'est essentiellement ce que veut savoir le sénateur Keon, mais j'aimerais que vous soyez précis au sujet de ce cas particulier.

Mme Bougie: Je comprends votre question et je vais revenir à la façon dont ces régimes d'assurance sont établis. Le Conseil du Trésor autorise l'établissement de régimes d'avantages pour les fonctionnaires qui font ensuite l'objet de contrats avec des assureurs. Certaines dispositions précisent très clairement qui peut être assuré, dans quel cas, comment le paiement va se faire et comment le tout va être géré. Malheureusement, c'est le Conseil du Trésor qui est habilité à conclure ces contrats.

Il ne serait pas opportun que l'administration détermine la rémunération ou les avantages des parlementaires. Par conséquent, la Loi sur le Parlement du Canada a été adoptée pour faire en sorte que les parlementaires soient ceux chargés de légiférer au sujet de leurs propres avantages.

Si l'on n'apportait pas cette modification à la Loi sur le Parlement du Canada et si l'on reportait le tout après les élections, personne ne pourrait bénéficier des avantages à partir de maintenant et jusqu'à la date des élections. Malheureusement, ces contrats d'assurance ne visent pas les situations uniques. Ils sont très précis. Si un représentant du Conseil du Trésor est présent ici, il pourrait peut-être fournir plus d'informations à ce sujet.

Le président: La réponse courte à ma question est donc non?

Mme Bougie: C'est exact.

Le sénateur Keon: J'aimerais connaître les détails du tort que la non-adoption de ce projet de loi causerait à un particulier.

M. Saada: Sénateur, il est tout à fait exact que la question a été déclenchée par un cas particulier; cela ne fait aucun doute. Rien ne me garantit que le projet de loi ne s'appliquera qu'à un seul cas; je ne peux pas le savoir. J'espère qu'il s'agit d'un seul cas, puisque c'est à des fins d'assurance médicale, et j'espère aussi que personne d'autre ne devra y avoir recours, mais je ne peux pas vous le garantir. Même si nous n'avons qu'un seul cas connu, je ne sais pas ce que nous réserve l'avenir.

Par ailleurs — et je parle ici en ma qualité de parlementaire — je me sentirais très mal à l'aise s'il fallait reporter une décision, alors que je sais qu'il s'agit de quelque chose de tout à fait malencontreux. Il s'agit bien sûr d'une question de principe qui a

matter, and therefore it has a lot of impact. However, we are dealing here with one individual, and potentially others, who may not be able to sleep because they simply do not know what will happen to them the day after an election is called. When we know that we have allowed a flaw to get into a policy that we adopted a few years ago, do we have the right to delay the adoption of this correction?

Senator Keon: That is pretty good answer.

Senator Trenholme Counsell: Were there any considerations prior to this to being a kind of trailblazer on this issue? In other words, whether for the greater good or to send a stronger message, was this proposed legislation thought of in a broader context? I know we are talking about one individual, but before you answer, I just want to say that through the years, and including recently, I have known of people who, for one reason or another, ceased their employment at, let us say, 50. Perhaps, after that, there was only term employment, or contract employment or a period without employment, and often, the most painful thing for those people is the lack of benefits.

I do know of two cases where people have actually gone to court to try to establish their rights to benefits. I do not know whether this is the Government of Canada showing how a compassionate society can function, and whether you have thought of this in a broader context than, obviously, the one case that sparked it, which is usually what sparks good things in life and in society. Perhaps that is the question.

Mr. Saada: I must say that I have no grounds to believe that anyone who has discussed this matter, whether at the Board of Internal Economy or whether we are talking about leaders, whatever their political party, has not had the same thoughts at some point. It is not a matter of philosophy but a matter of a fundamental belief in justice, and I believe that two wrongs do not make a right. If some people do not have access to these benefits, to this level of protection and security, they should aspire to it, but we should not prevent others from having it when it would be normal for them to do so. In other words, let us try to draw up those who do not have it to an acceptable level for everyone, and not bring it down to the lowest possible common denominator.

I think you are quite right. However, I cannot make a distinction between personal concern for this person and the principle that you are espousing, senator. It is the same thing.

We are supposed to care.

Senator Trenholme Counsell: If we look back on the evolution of so many provisions that are compassionate or caring in nature, there is often one case that motivates legislation or moves society forward and upward.

Senator LeBreton: I have a big problem with this. First, someone said it was made public. Could you define "public?" Was it tabled in the House of Commons? Is that what you deem to be

donc beaucoup d'impact. Toutefois, nous parlons ici d'une personne et potentiellement de plusieurs, qui risquent de perdre le sommeil puisqu'elles ne savent tout simplement pas ce qui va leur arriver le lendemain du déclenchement des élections. Lorsque nous savons qu'une politique que nous avons adoptée il y a plusieurs années comporte une lacune, avons-nous le droit de retarder l'adoption d'une rectification?

Le sénateur Keon: C'est une très bonne réponse.

Le sénateur Trenholme Counsell: A-t-on jamais pensé avant cela qu'il s'agissait d'une façon novatrice de régler la question? En d'autres termes, qu'il s'agisse de l'intérêt commun ou d'un message plus fort à transmettre, ce projet de loi a-t-il été envisagé dans un contexte plus vaste? Je sais que nous parlons d'une personne en particulier, mais avant que vous ne répondiez, je veux simplement dire qu'au fil des années et même tout récemment, j'ai connu des gens qui, pour une raison ou une autre, ont perdu leur emploi à l'âge de 50 ans, par exemple. Ils ont peut-être eu par la suite un emploi à durée déterminée, ou à contrat, ou connu une période de chômage et souvent, le plus pénible pour eux, c'est de ne pas avoir d'avantages sociaux.

Je connais en fait le cas de deux personnes qui ont demandé aux tribunaux d'établir leurs droits aux avantages sociaux. Je ne sais pas si c'est ainsi que le gouvernement du Canada témoigne de la façon dont la solidarité sociale peut fonctionner et si vous avez envisagé la question dans un contexte plus vaste sans, bien évidemment, vous en tenir au cas particulier à l'origine de cette affaire; c'est habituellement ainsi que les choses changent de manière positive dans la société. Peut-être est-ce la question à poser.

M. Saada: Je dois dire que rien ne me pousse à croire que quiconque qui a débattu de la question, que ce soit au Bureau de régie interne ou entre chefs de partis — quel que soit le parti politique — n'a pas pensé de la même façon à un moment donné. Ce n'est pas une question de philosophie, mais une question de croyance fondamentale en la justice et je crois qu'on ne peut pas guérir le mal par le mal. Si certaines personnes n'ont pas accès à ces avantages, à ce niveau de protection et de sécurité, elles devraient y aspirer, mais nous ne devrions pas empêcher à d'autres d'en bénéficier alors qu'elles devraient normalement y avoir accès. En d'autres termes, essayons d'amener ceux qui n'y ont pas accès à un niveau acceptable pour tous au lieu de nous en tenir au plus petit dénominateur commun possible.

Je crois que vous avez tout à fait raison. Toutefois, je ne peux pas faire de distinction entre la sollicitude que l'on peut éprouver pour cette personne et le principe que vous embrassez, sénateur; c'est pour moi la même chose.

Nous sommes censés être solidaires.

Le sénateur Trenholme Counsell: Il suffit d'examiner l'évolution de nombreuses dispositions qui sont de nature compatissante ou solidaire pour s'apercevoir que souvent, c'est un seul cas qui déclenche une loi ou qui fait progresser la société.

Le sénateur LeBreton: J'ai un problème. Tout d'abord, quelqu'un a dit qu'il avait été rendu public. Pouvez-vous définir «public»? A-t-il été déposé à la Chambre des communes? Est-ce

public? Bills are tabled every day. That is hardly what most Canadians would deem to be a public announcement. I am troubled, although I can see the arguments. I know that one specific case triggered this. Right now, unless I am sadly mistaken, members of Parliament and senators have access to long-term disability benefits if, for some reason or other, they become disabled while they hold their positions. Is that correct?

Ms. Bougie: Yes, but only while they are employed. If they become disabled after age 50, for example, and they are not yet eligible for a pension, there is no coverage during that time.

Senator LeBreton: You made my point. This particular individual knew there was a disability and this was all done in private at the Internal Economy Committee. Why, then, did that particular individual not access the existing disability provisions, and if this were likely to become an injustice for other people in the next few years, why not table the bill properly and explain it to the public? I am sure the public would understand if it were properly explained. Why did this individual not put this through the normal processes of examination in the House of Commons? Of course, we are doing this in the Senate. I do not understand why that one particular member of Parliament could not have been accommodated through the existing programs, because we know that this is the problem. This is not something that will happen, but has happened, to this particular individual.

This is an age of high levels of public cynicism about politicians and public institutions. Given the way in which this has been handled, I think the public would be quite correct in thinking that there must be something wrong with it, because it was sneaked through at the end of the day. I would like you to find out, or perhaps you know, whether the House of Commons explored the existing disability provisions for this one particular MP. Then, if there is not an election, we could have a more thorough, open, public airing of this issue.

Mr. Saada: Senator, if I may be very direct, I am a little puzzled by the allusion to the fact that this process was not normal in the House of Commons. If the House of Commons decided to use this process, it was its prerogative to do so, in the same way it is the prerogative of the Senate to do it differently. That is the complementarity of both Houses. There was nothing abnormal about the process. It is quite normal for the House of Commons to decide, by unanimous consent — a democratic expression — to fast-track an existing process. It is quite okay for the House of Commons to decide to act that way, just as the Senate has authority to either fast-track the process or to take another route. I have heard that before, from Senator Lynch-Staunton, and with all due respect, I would not like to let the impression stand that the House of Commons has pushed this bill

bien ce que vous jugez être public? Des projets de loi sont déposés tous les jours. Je ne pense pas que la plupart des Canadiens considèrent que ce soit l'équivalent d'une annonce publique. Cela me dérange, même si je peux comprendre les arguments. Je sais qu'un cas particulier a déclenché ce projet de loi. À l'heure actuelle, sauf hélas erreur de ma part, les députés et les sénateurs ont accès à des prestations d'invalidité de longue durée si, pour une raison ou une autre, ils deviennent invalides pendant la durée de leur mandat, n'est-ce pas?

Mme Bougie: Oui, mais seulement dans ce cas. S'ils deviennent invalides après l'âge de 50 ans, par exemple, et qu'ils ne sont pas encore admissibles aux prestations de retraite, ils ne bénéficient d'aucune couverture.

Le sénateur LeBreton: C'est exactement ce que je voulais dire. Cette personne en particulier savait qu'il s'agissait d'une invalidité et tout cela s'est fait en privé au Comité de la régie interne. Pourquoi, alors, cette personne n'a-t-elle pas pu bénéficier des dispositions existantes en matière d'invalidité et si une telle injustice pouvait être commise à l'endroit d'autres personnes au cours des prochaines années, pourquoi ne pas présenter le projet de loi correctement et l'expliquer au public? Je suis sûre que le public le comprendrait s'il était bien expliqué. Pourquoi cette personne n'a-t-elle pas soumis l'affaire au processus d'examen habituel de la Chambre des communes? Bien sûr, c'est ce que nous faisons au Sénat. Je ne comprends pas pourquoi ce député en particulier n'aurait pas pu bénéficier des programmes existants, car nous savons que c'est là que se trouve le problème. Ce n'est pas quelque chose qui va arriver, mais c'est quelque chose qui est déjà arrivée à cette personne en particulier.

Nous vivons une époque où le public fait preuve de beaucoup de cynisme à l'égard des politiciens et des institutions publiques. Compte tenu de la façon dont cette affaire a été traitée, je crois que le public aurait tout à fait raison de croire qu'il y a quelque chose qui cloche, puisque cela s'est fait furtivement. J'aimerais savoir — ou peut-être le savez-vous — si la Chambre des communes s'est demandée si les dispositions existantes en matière d'invalidité pouvaient s'appliquer à ce député en particulier. Puis, si les élections ne sont pas déclenchées, nous pourrions procéder à un examen plus approfondi, ouvert et public de la question.

M. Saada: Sénateur, si je puis me permettre d'être très direct, je dirais que l'allusion au fait que la procédure normale n'aurait pas été suivie à la Chambre des communes me laisse un peu perplexe. Si la Chambre des communes a décidé de recourir à cette procédure, c'est parce qu'elle en avait la prérogative, de la même façon que le Sénat a la prérogative d'agir différemment. C'est une question de complémentarité entre les deux Chambres. Cette procédure n'avait rien d'anormal. Il est tout à fait normal que la Chambre des communes choisisse, par consentement unanime — une expression démocratique —, d'accélérer le processus en place. Il est tout à fait acceptable que la Chambre des communes décide de procéder ainsi, tout comme le Sénat a le pouvoir d'activer le processus ou d'emprunter une autre voie. J'ai déjà entendu cela, du sénateur Lynch-Staunton, et sauf votre respect, je ne voudrais

through the back door, because that is not what happened. It is simply not a fact.

Senator LeBreton: Pardon me for interrupting, minister, but do you not think it would have been more prudent, if this were such an honourable piece of proposed legislation, to have been more upfront, even if there were unanimous consent of all parties to fast-track it? There is fast-tracking and then there is fast-tracking. At the least, even with consensus among all parties, you have to have some kind of public explanation. You have to admit that if you were a member of the public watching this, you would automatically be suspicious, when this passed the House of Commons in the wink of an eye, that M.P.s were trying to hide something.

I go back to my question about this particular individual. If one M.P. has precipitated this, why was an accommodation for that M.P. not made through the existing programs? This particular pension policy issue could have been fixed in the fullness of time and after more reasoned debate in both Houses. I can guarantee, as sure as my name is Marjory, that the whole thing will be misrepresented to the public. Then, all parliamentarians will be quite rightly chastised for not being up front with the public, which they deserve.

Senator Cordy: My comments are similar. I think that it is a good bill and I agree with Senator Trenholme Counsell that it is often just one case that results in change. You did a good job when you spoke to why the changes are needed, minister, and it is not a difficult case to argue. Parliamentarians should have the same rights to benefits as civil servants who retire early. Having said that, I think that for those involved in Parliament, particularly, perception is a big issue. When I read about this bill in the newspaper, it was basically in terms of what Senator LeBreton has said — there must be something wrong with it. There is nothing wrong, but that is the perception of the Canadian public. I read the underlying newspaper message as: Of course parliamentarians pushed it through. The sad part is, there is nothing wrong with the bill. However, the public perceives that the bill was pushed through. You explained that it was by unanimous consent, and that is good, but we have to always be aware of public perception. In this case, it is most unfortunate, because the bill is an effort to right a wrong.

Mr. Saada: I will make one short statement and pass it on to Ms. Bougie to give you further details. When the bill was tabled and subsequently passed, one journalist showed interest in it. We took the time to explain at great length what we were doing.

The newspaper story did not present it in the way that I had hoped, but that is the media — freedom of expression. That could create bad feeling about this bill and I understand and accept the

pas qu'on ait l'impression que la Chambre des communes a adopté ce projet de loi en catimini car il n'en est rien. Ce n'est pas ainsi que cela s'est passé.

Le sénateur LeBreton: Pardonnez-moi de vous interrompre, monsieur le ministre, mais ne pensez-vous pas qu'il aurait été plus prudent, si la mesure proposée était si honorable, de faire preuve d'une plus grande franchise, même si tous les partis avaient donné leur consentement unanime pour accélérer le processus? Il y a différentes façons de le faire. Même avec le consentement unanime de tous les partis, la moindre des choses, c'est de donner des explications au public. Vous devez admettre que si vous étiez un membre de l'auditoire observant la scène, vous auriez automatiquement trouvé suspect que la Chambre des communes adopte ce projet de loi en un clin d'oeil; vous auriez pensé que les députés essayaient de cacher quelque chose.

J'aimerais revenir à ma question au sujet de cette personne en particulier. Si cela pressait tellement, pourquoi n'a-t-on pas trouvé un arrangement pour ce député au moyen du régime existant? Ce problème, qui est lié à la politique relative aux pensions, aurait pu être réglé le moment venu et après un débat plus éclairé aux deux Chambres. Il est certain, tout aussi certain que je m'appelle Marjory, que toute cette question sera mal comprise par le public. Et puis, tous les parlementaires seront, à juste titre, rappelés à l'ordre pour ne pas avoir été francs avec le public, et ils l'auront mérité.

Le sénateur Cordy: Je dirais la même chose. Je pense que c'est un bon projet de loi et je suis d'accord avec le sénateur Trenholme Counsell pour dire qu'il suffit souvent d'un cas pour changer les choses. Vous avez fait du bon travail lorsque vous avez expliqué pourquoi ces changements étaient nécessaires, monsieur le ministre, et ce n'est pas difficile à défendre. Les parlementaires devraient avoir les mêmes droits aux prestations que les fonctionnaires qui prennent une retraite anticipée. Ceci dit, tous ceux qui sont au Parlement sont très sensibles à la perception que les gens ont d'eux. Lorsque je lis des articles sur ce projet de loi dans les journaux, il en ressort essentiellement ce que disait le sénateur LeBreton — il y a certainement quelque chose qui ne tourne pas rond. Ce n'est pourtant pas le cas, mais c'est le sentiment du public canadien. Le message sous-jacent qu'on peut lire est que les parlementaires se sont empressés d'adopter ce projet de loi. C'est triste parce qu'on ne peut rien lui reprocher. Il n'en demeure pas moins que le public a l'impression que cette mesure législative a été adoptée en toute hâte. Vous avez expliqué que c'était par suite d'un consentement unanime, et c'est bien, mais nous devons toujours être sensibles à la perception du public. Dans ce cas, c'est très malheureux car le projet de loi vise à corriger un tort.

M. Saada: J'aimerais faire un bref commentaire avant de céder la parole à Mme Bougie qui vous donnera de plus amples détails sur la question. Lorsque le projet de loi a été déposé puis adopté, un journaliste s'est intéressé à l'affaire. Nous avons pris le temps de lui expliquer longuement ce que nous faisons.

Les journaux n'ont pas rapporté les faits comme je l'aurais souhaité, mais les médias sont ainsi — liberté d'expression. Je comprends et j'accepte l'argument selon lequel ce projet de loi a

argument. However, at the same time, I did not want to take a chance on this person, or any other person in the same situation, not having access to this benefit, to which she should be entitled, on the sole basis of perception.

I did not mind taking the risk of having to explain to the people in order to make sure that this person, or anybody else in her situation, did not suffer unduly. However, I take the point.

The Chairman: Could I ask your officials to answer a very direct question, because I did not quite understand their answer to Senator LeBreton's question? Why could this case not be covered under the long-term disability program? It is a technical question and that is why I am asking the officials.

Ms. Bougie: It is a good thing our colleague from Treasury Board is here because she just reminded me of a very important detail on how long-term disability works.

The Chairman: That is one of the very few times I have ever heard someone from PCO say it is a good thing to have somebody from Treasury Board around.

Ms. Bougie: This person would have to qualify for LTD prior to leaving the House. If she did, she could receive benefits under the LTD program until age 65. However, coverage for health care, life insurance or dental care is tied to your employment status. Therefore, if she was not elected after the House rose and she was not presenting herself as a candidate or anything, she would continue on LTD, but since she did not have a tie in terms of employment as a sitting member, nor through being in receipt of a pension under the MPRAA, then she would not have any benefit coverage under life insurance, health care or dental plans.

Senator Lynch-Staunton: It is not quite accurate to say that through this bill, we are putting parliamentarians on the same basis as civil servants, because civil servants have to be receiving a pension before getting the benefits, reduced though it may be. They are allowed to take reduced pensions but we are not. It is not an answer to make it comparable, to amend the law to allow parliamentarians to take a reduced pension? There is nothing wrong with that. You contribute, and if you want to take it earlier, you take a lower pension, and if you want to wait for the maximum, then you take a higher pension. This age-55 issue is a reaction to a situation that was highly exaggerated, considering the overgenerous provisions of certain pension plans for certain parliamentarians. I am afraid we have gone too far in the other direction. Civil servants can retire earlier than age 65, with a reduced pension, and the benefits continue. Why can parliamentarians not be put on the same basis? It is a political question, Mr. Saada, so I am addressing it to you.

pu créer un malaise. Toutefois, en même temps, je ne voudrais pas que cette personne, ni qui que ce soit d'autre dans la même situation, ne puisse pas bénéficier des prestations auxquelles elle a droit, simplement à cause du qu'en dira-t-on.

Ça m'est égal de prendre le risque de devoir expliquer les choses aux gens, pourvu que cette personne et toutes celles qui sont dans sa situation ne souffrent pas indûment. Toutefois, je prends bonne note de vos remarques.

Le président: Puis-je demander à vos fonctionnaires de répondre à une question très directe car je n'ai pas très bien compris leur réponse au sénateur LeBreton? Pourquoi cette personne n'aurait-elle pu être couverte en vertu du régime de prestations d'invalidité de longue durée? Je m'adresse aux fonctionnaires car c'est une question technique.

Mme Bougie: C'est une bonne chose que notre collègue du Conseil du Trésor soit ici car elle vient juste de me rappeler un détail très important sur le fonctionnement du régime de prestations d'invalidité de longue durée.

Le président: Il est très rare que j'entende quelqu'un du bureau du Conseil privé se réjouir de la présence d'un représentant du Conseil du Trésor.

Mme Bougie: Cette personne aurait dû satisfaire aux critères d'admissibilité au régime d'assurance-invalidité de longue durée avant de quitter la Chambre, auquel cas elle aurait pu recevoir des prestations au titre de ce régime jusqu'à l'âge de 65 ans. Cependant, la couverture pour soins médicaux ou dentaires et l'assurance-vie dépendent des états de service de chacun. Par conséquent, si cet individu n'a pas été élu après l'ajournement de la Chambre et qu'il ne s'est pas représenté, il a continué de bénéficier du régime de prestations d'invalidité de longue durée, mais étant donné qu'il ne siégeait pas comme député et qu'il ne recevait pas non plus une pension en vertu de la Loi sur les allocations de retraite des parlementaires, il n'avait pas d'assurance-vie et ne bénéficiait d'aucune couverture pour soins médicaux ou dentaires.

Le sénateur Lynch-Staunton: Il n'est pas tout à fait juste de prétendre qu'avec cette loi, nous traitons les parlementaires comme les fonctionnaires, car ces derniers doivent recevoir une pension, si réduite soit-elle, avant d'obtenir des prestations. Contrairement à nous, ils ont la possibilité d'accepter des pensions réduites. La solution ne serait-elle pas d'amender la loi pour permettre aussi aux parlementaires de recevoir une pension réduite? Il n'y a rien de mal à cela. Vous cotisez, et si vous voulez en profiter plus tôt, vous touchez une pension moindre, mais si vous voulez attendre pour obtenir le maximum, vous aurez une pension plus élevée. La question entourant l'âge de 55 ans est une réaction à une situation fortement exagérée, fondée sur les conditions extrêmement généreuses de certains régimes de retraite dont bénéficient quelques parlementaires. Je crains que nous ne soyons allés trop loin dans la direction contraire. Les fonctionnaires peuvent prendre leur retraite avant l'âge de 65 ans, avec une pension réduite, et les prestations continuent de s'appliquer. Pourquoi ne pourrait-on pas traiter les parlementaires de la même façon? C'est une question de politique, monsieur Saada, c'est donc à vous que je m'adresse.

Mr. Saada: Yes, I understood that.

Senator Lynch-Staunton: It is my last one.

Mr. Saada: I do not know the answer as to whether they should or should not. I do not know the implications of what you are suggesting. Is it something that we should be thinking about and deciding whether it is a good thing? I have no problems with listening to the suggestion. If you are asking me if I am in favour of it, you will understand I have some reservations without knowing the facts, but I think it is a legitimate question.

Senator Lynch-Staunton: I leave it on the table then.

The Chairman: Mr. Saada, I thank you and your officials for taking the time to be with us this morning. Our next witnesses are Marilyn Smith-Grant and Sean Reid, from Cognos. Let me be clear. We did not ask the human resource people from Cognos to come because we expect them to comment on the specifics of the proposed legislation. That is not within their knowledge. I am glad they were in the room for at least part of the discussion with the minister. Some of us felt it would be useful to put on the record how this kind of case, where you have a one-off problem, would have been handled in the private sector. Would it have been dealt with as a one-off case, or would you have felt it necessary, as this bill proposes, to make a policy change that affects everybody?

Our intent, therefore, is not to ask the witnesses detailed questions about the bill. It is to talk about how this kind of issue would have been handled in the private sector.

Having said that, I thank the two of you for coming on very short notice. We appreciate you being here. I understand that Ms. Smith-Grant will begin with a brief presentation and then we will ask you some questions.

Ms. Marilyn Smith-Grant, Senior Human Resources Specialist, Cognos: Thank you, honourable senators, for inviting me to be here and giving me this opportunity. I will start off by reviewing the presentation outline of which I believe each of you has a copy. I will start by talking about, in a broad sense, what Cognos does, who we are, and then, of course, our benefits program. I will focus on the medical, the dental and employee assistance plans, life insurance, and then I will give a quick overview of our funding arrangements and some other benefits that really set us apart.

First of all, who is Cognos? We are a software technology company, as you may be aware. We have 3,000 employees worldwide. However, the benefits that I will be speaking about are really for the 1,300 employees in Canada. They are mainly professional employees, such as engineers, QC analysts, marketing/sales, administration and human resources people,

M. Saada: Oui, j'ai bien compris.

Le sénateur Lynch-Staunton: C'est ma dernière.

M. Saada: Je ne saurais vous le dire. Je ne connais pas les implications de ce que vous proposez. Est-ce une question à laquelle nous devrions réfléchir pour déterminer si ce serait une bonne solution? Je suis disposé à vous écouter. Si vous me demandez si je suis en faveur d'une telle mesure, vous comprendrez que je peux avoir des réserves, surtout si je ne connais pas les tenants et les aboutissants, mais je crois que c'est une question légitime.

Le sénateur Lynch-Staunton: Je laisse donc cette question sur la table.

Le président: Monsieur Saada, je vous remercie, vous et vos fonctionnaires, d'avoir pris le temps de comparaître devant nous ce matin. Nos prochains témoins sont Marilyn Smith-Grant et Sean Reid, de Cognos. Que ce soit clair: nous n'avons pas demandé aux représentants des ressources humaines de Cognos de venir commenter les détails du projet de loi proposé. Cela n'entre pas dans leurs compétences. Je suis content qu'ils aient assisté à une partie de la discussion avec le ministre. Certains d'entre nous ont estimé qu'il serait utile, pour les besoins du compte-rendu, de savoir comment ce type de problème, touchant un cas isolé, aurait été traité dans le secteur privé. S'en serait-on occupé comme d'un cas unique ou aurait-on jugé nécessaire, comme le propose ce projet de loi, de faire une modification dans la politique qui affecterait tout le monde?

Par conséquent, notre but n'est pas de poser des questions détaillées aux témoins au sujet du projet de loi. Nous les avons fait venir pour leur demander comment ce type de problème aurait été géré dans le secteur privé.

Ceci dit, je vous remercie à tous les deux de vous être libérés pour venir témoigner malgré le très court préavis. Nous sommes heureux de votre présence. Je crois comprendre que Mme Smith-Grant commencera son intervention par un bref exposé, à la suite de quoi nous lui poserons quelques questions.

Mme Marilyn Smith-Grant, spécialiste principale en ressources humaines, Cognos: Je vous remercie, honorables sénateurs, pour votre invitation et pour m'avoir donné l'occasion de m'exprimer devant vous aujourd'hui. Je commencerai par passer en revue le document que je vous ai apporté et dont vous avez tous obtenu un exemplaire. Permettez-moi d'abord de vous dire dans les grandes lignes qui est Cognos et ce que nous faisons. Ensuite, bien sûr, je vous parlerai de notre régime d'avantages sociaux. Je me concentrerai plus particulièrement sur les régimes d'assurance-maladie et de soins dentaires ainsi que sur l'aide aux employés et l'assurance-vie, puis je vous donnerai un rapide aperçu de nos arrangements financiers et d'autres avantages sociaux que nous offrons et qui font véritablement de nous une société à part.

Pour commencer, qui est Cognos? Comme vous le savez peut-être, nous sommes une société de technologie logicielle. Nous comptons 3 000 employés dans le monde. Toutefois, les avantages que je vais vous décrire ne s'appliquent qu'aux 1 300 personnes travaillant au Canada. Ce sont essentiellement des professionnels: ingénieurs, analystes qualitatifs, agents des

and the average age is 36, to give you some idea of our population base. We are involved in every industry sector, including government, health care, automotive, manufacturing, banking, energy and natural resources, so we operate on a broad spectrum in terms of the services and products that we offer.

I want to spend a brief moment on the culture of our company. It is very important for you to understand that, because what we do from a benefits perspective really supports our culture. The reverse is also true. Our culture really supports our benefits.

I will share a message with you that Rob Ashe, our incoming CEO — you may have heard that Ron Zambonini, the current CEO, is stepping down — gave about Ron and our culture that really sums it up. He said:

I believe Ron's greatest achievement was the creation and nurturing of our culture as a company; a unique culture of excellence, of great products, of humility, of ownership, of action; a culture of appreciation and respect for people; a culture of unyielding commitment to customer; a culture of competition and fun; a culture of honesty and authenticity — in short, the Cognos culture.

I am proud to state that that — because I have been there a long time — is truly what Cognos demonstrates.

In moving on to the benefits plan, I will try to keep it at a high level. Our medical plan is fully funded by Cognos, so premiums are 100-per-cent paid. The annual premium for our medical benefits is approximately \$1.5 million per year. The employee pays an annual deductible of \$25 or \$50, depending on whether they are single or married, with \$50 being the family deductible.

Our drug plan pays 90 per cent of the cost of drugs. Our drug utilization is actually low at Cognos. It is at approximately 45 per cent. The average drug utilization is closer to 75 per cent in most plans, just to give you a flavour.

We are looking at introducing a drug card. Employees have been asking us to introduce a card for a long time. Basically, it will allow employees the convenience of going to a pharmacy and paying \$2 or \$3 and not be out of pocket.

That initiative is in the early stages of costing. It will be well received.

ventes et du marketing, de l'administration et des ressources humaines. Cela vous donne une idée de la composition de notre personnel. Nous travaillons pour chaque secteur de l'économie, dont le gouvernement, la santé, les secteurs automobile, manufacturier et bancaire, sans oublier les secteurs de l'énergie et des ressources naturelles; nous offrons donc une gamme étendue de services et de produits.

J'aimerais m'attarder un instant sur notre culture d'entreprise. Il est très important que vous compreniez cet élément, car ce que nous offrons, en termes d'avantages sociaux, sert véritablement de base à notre culture. L'inverse est aussi vrai. Notre culture soutient notre politique en matière d'avantages sociaux.

Permettez-moi de vous faire part d'un message de Rob Ashe, notre prochain PDG — car vous savez probablement que Ron Zambonini, le PDG actuel, va nous quitter. Il a dit ceci à propos de Ron et de notre culture d'entreprise, et je vous le cite car cela résume très bien la situation:

Je crois que la plus grande réalisation de Ron a été de créer et d'enrichir notre culture d'entreprise; une culture unique d'excellence, axée sur des produits de qualité; une culture d'humilité, d'appartenance, d'action; une culture de reconnaissance et de respect de l'autre; une culture d'engagement indéfectible à l'égard des clients; une culture fondée sur l'esprit de compétition et le plaisir; une culture d'honnêteté et d'authenticité — bref, la culture Cognos.

Je suis fier de vous dire — parce que cela fait longtemps que je travaille dans cette société — que c'est véritablement ce qui caractérise Cognos.

Maintenant, pour ce qui est du régime d'avantages sociaux, le but est de le maintenir à un niveau supérieur. Notre régime d'assurance-maladie est totalement financé par Cognos; nous payons 100 p. 100. des cotisations. Le montant de la cotisation annuelle au titre du régime de prestations d'assurance-maladie représente environ 1,5 million de dollars par année. L'employé paie une franchise annuelle de 25 ou 50 \$, selon qu'il est seul ou qu'il a des personnes à charge, 50 \$ étant la franchise pour une famille.

Notre plan d'assurance-médicaments prévoit le remboursement de 90 p. 100 du prix des médicaments. À ce titre, je tiens à signaler que les demandes de remboursement concernant les médicaments sont peu élevées chez Cognos. Elles tournent autour de 45 p. 100. Pour vous donner un point de comparaison, sachez que normalement, dans la plupart des régimes, ce taux est plus proche des 75 p. 100.

En outre, nous envisageons d'instaurer une carte-médicaments car cela fait longtemps que nos employés nous le demandent. Cette carte leur permettrait essentiellement de ne payer que quelques dollars pour les médicaments à la pharmacie, et non le plein montant.

On est pour l'instant en train d'évaluer quel serait le coût d'une telle initiative; mais elle sera bien accueillie.

We cover other medical services and equipment. I will save that for the question and answer period, if you are interested in knowing the details.

Our out-of-Canada emergency medical coverage is the best medical benefits offering at Cognos. I hear over and over again that it is invaluable. Whether employees are travelling with their families for pleasure or alone on business, Cognos provides for emergency medical treatment of up to \$1 million per incident anywhere in the world. It is emergency care that we would pay for — acute illness or injury.

We have paramedical coverage as well. We pay 90 per cent of the cost of things such as massage therapy, speech therapy, chiropractor treatment and physiotherapy. We cap that at \$500 a year. That is highly utilized.

We offer a \$200 vision-care benefit every two years for adults and every year for children. The \$200 can be put against laser eye surgery.

We hear a little rumbling that that coverage is not high enough. It is not a high priority for us because it is not a benefit that needs to be higher. Our competition provides the same level of benefits. It is not really a hot issue.

Hospitalization costs are paid at 100 per cent for semi-private accommodation and 90 per cent for private hospitalization. We also provide counselling at the rate of 50 per cent for 12 visits.

I want to make a key point regarding our dental plan, because it is best practice at Cognos. That is, coverage is on the current fee guide. Many companies lag a year or two behind because they want to contain costs. Cognos reimburses on current costs, which is a best offering.

We also reimburse orthodontic costs at 60 per cent, which is higher than the norm. The norm is 50 per cent. We also give employees the option to buy additional dental coverage, up from 60 per cent to 80 per cent, for major expenses. We also allow them to increase their orthodontic coverage for their children or themselves, up to 80 per cent, with a lifetime cap of from \$3,000 to \$5,000.

We are a relatively young population with young children and the benefits are well received. It suits the culture, which is that we want to take care of our people.

I want to spend a couple of minutes on the employee assistance program. I cannot stress the importance of this one enough. We only launched it last May.

Nous offrons également une couverture pour d'autres services et équipements médicaux. Je garderai cela pour la période de questions, au cas où vous seriez intéressés à en apprendre davantage.

Notre couverture médicale d'urgence à l'étranger est le meilleur régime de prestations qu'offre Cognos. Je ne cesse d'entendre les gens vanter ses mérites. Que les employés voyagent à l'étranger avec leur famille pour le plaisir ou seuls pour affaires, Cognos leur garantit une assurance médicale d'urgence pouvant aller jusqu'à 1 million de dollars partout dans le monde. Nous couvrons donc les soins d'urgence — maladie ou blessure grave.

Nous offrons également une couverture pour les soins paramédicaux. Nous remboursons 90 p. 100 des coûts de divers traitements, comme la massothérapie, l'orthophonie, la chiropractie et la physiothérapie, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année. Cette couverture est très utilisée.

Pour les soins de la vue, nous offrons une indemnité de 200 \$ tous les deux ans pour les adultes et chaque année pour les enfants. Cette somme peut être appliquée à une chirurgie au laser.

Certains disent que cette couverture n'est pas suffisante. Nous n'en faisons pas une priorité puisqu'il n'est pas nécessaire que cette indemnité soit supérieure. Nos concurrents offrent le même niveau de couverture. Cette question n'est donc pas vraiment importante.

Les coûts d'hospitalisation sont remboursés en totalité pour une chambre semi-privée et à 90 p. 100 pour une chambre privée. Les services de counselling sont aussi remboursés à 50 p. 100 jusqu'à concurrence de 12 visites.

J'aimerais attirer votre attention sur notre régime de soins dentaires, qui est exemplaire. En effet, Cognos utilise le guide des tarifs courants. Bon nombre d'entreprises sont en retard d'un an ou deux parce qu'elles veulent contenir les coûts. Cognos rembourse les coûts des soins dentaires en fonction des tarifs courants, ce qui est très avantageux.

Nous remboursons également les coûts des traitements orthodontiques dans une proportion de 60 p. 100, tandis que la norme est de 50 p. 100. En outre, nous offrons aux employés la possibilité d'acheter une couverture additionnelle pour un remboursement de 80 p. 100 des coûts des soins dentaires plus importants. Ils peuvent aussi augmenter jusqu'à 80 p. 100 la couverture des traitements orthodontiques reçus par leurs enfants ou par eux-mêmes, la limite à vie passant alors de 3 000 \$ à 5 000 \$

Nos employés sont relativement jeunes et ont de jeunes enfants, et ces prestations sont les bienvenues. Elles correspondent à notre culture, qui consiste à prendre soin des gens.

J'aimerais prendre quelques minutes pour vous parler du programme d'aide aux employés. Je ne peux trop insister sur l'importance de ce programme, que nous avons lancé en mai dernier seulement.

It is a program for employees and their families that offers professional counselling for a wide variety of stress-related issues due to family, work or other things that may affect their lives negatively. It has been incredibly well received. I have been getting testimonials from employees that say that the EAP has made a difference in their lives. They are back at work, functioning and not on disability, because of this EAP counselling program.

Family Services of Ottawa is our provider, and they have done an excellent job. It took a while for senior management to buy into this benefit because years ago, there was a stigma attached to providing a counselling-type benefit. It took education and some time. I am pleased to say that now we have it.

Our basic life insurance is fully paid by Cognos. The benefit is two times your annual income, to a maximum of \$1 million. The benefit is reduced by 50 per cent at age 65, and further reduced to \$25,000 when an employee reaches age 70. The benefit then terminates at age 75 or on retirement, whichever is earlier. Most people are no longer in the program by then.

I am pleased to say, though, that we have negotiated an increased benefit for a senior employee who is still working at age 70. The contract said \$25,000 only, but I have negotiated a benefit of \$75,000 with Standard Life. That \$50,000 more does not sound that significant, but it is. Insurance companies are sometimes totally contractually based and do not want to move from it.

It is important to note that the basic life insurance plan had a medical evidence requirement at \$700,000 of insurance. I strong-armed Standard Life into waiving that. Senior managers who reach that threshold of \$700,000, which is easily attainable, no longer have to go through the onerous procedures of medicals and forms and perhaps be declined the \$1 million.

That was quite a feat, because Standard Life said that it never does that. I said because we have never done it does not mean we should never have to do it. Cognos is a high-profile client.

We have a conversion privilege under our program. That means that when employees leave the company, they can convert whatever insurance they have to an individual plan without undergoing a medical, as long as they do it within 31 days. They must pay individual rates, not group rates, but the medical is waived. Optional life provides employees with an opportunity to buy additional coverage for themselves, spouses or children through payroll deduction.

We did change our funding arrangement, to administrative services only from an experience-rated plan. That basically means that we got rid of some of the insurance management expense fees and the funding of their reserves, et cetera. We basically said, "Here is the money that we will give you each month to pay our

Ce programme est conçu pour les employés et leurs familles et leur permet d'obtenir des services professionnels de counselling pour traiter divers problèmes liés à la famille, au travail ou à d'autres choses qui peuvent affecter leur vie. Ce programme a reçu un très bon accueil. Je reçois des témoignages d'employés me disant que ce programme leur a été très bénéfique et que, grâce à lui, ils sont retournés au travail et ne sont pas en congé d'invalidité.

Ces services de counselling sont fournis par Services à la famille Ottawa, qui fait un excellent travail. Les hauts dirigeants ont longtemps hésité à offrir des prestations pour des services de counselling parce qu'il y a quelques années, il y avait un préjugé rattaché à de telles prestations. Il a fallu y mettre du temps et des efforts de sensibilisation. Je suis heureuse de dire que nous offrons maintenant cette couverture.

Notre assurance-vie de base est entièrement payée par Cognos. La prestation correspond à deux fois le salaire annuel, jusqu'à concurrence d'un million de dollars. Elle est réduite de moitié à l'âge de 65 ans et tombe à 25 000 \$ lorsqu'un employé atteint l'âge de 70 ans. La prestation se termine à l'âge de 75 ans ou au moment de la retraite, selon la première de ces éventualités. La plupart des gens ne font plus partie du programme à ce moment-là.

Toutefois, je suis heureuse de dire que nous avons négocié une prestation accrue pour un employé âgé de 70 ans qui travaille toujours. Le contrat prévoyait une prestation de 25 000 \$, mais j'ai obtenu 75 000 \$ auprès de la Standard Life. Une augmentation de 50 000 \$ peut paraître insignifiante, mais elle ne l'est pas. Certaines compagnies d'assurance sont entièrement axées sur les contrats et ne veulent pas y déroger.

Il importe de souligner que le régime d'assurance-vie de base exigeait que les prestataires qui avaient touché 700 000 \$ produisent un rapport médical. J'ai réussi à convaincre la Standard Life de retirer cette exigence. Les gestionnaires supérieurs qui arrivent au seuil de 700 000 \$, ce qui est facile à atteindre, n'ont plus à se soumettre aux procédures onéreuses d'examen médicaux et de formulaires et risquer de se voir refuser des prestations d'un million de dollars.

C'était tout un exploit, parce que la Standard Life disait qu'elle ne faisait jamais cela. J'ai rétorqué que le fait de ne l'avoir jamais fait ne signifie pas qu'on ne devrait jamais le faire. Cognos est un client de prestige.

Notre programme comporte un droit de transformation, qui permet à un employé qui quitte l'entreprise de convertir son assurance en régime individuel sans subir d'examen médical, dans un délai de 31 jours. Il doit alors payer un tarif individuel, et non un tarif de groupe, mais il est exempté de l'examen médical. Une assurance-vie facultative permet aussi aux employés d'acheter une couverture additionnelle pour eux-mêmes, leurs conjoints ou leurs enfants, avec des retenues à la source.

Nous avons modifié nos modalités de financement, passant d'un régime avec participation aux résultats techniques à un arrangement axé uniquement sur les services administratifs. Nous avons ainsi éliminé une partie des dépenses de gestion d'assurance et le financement des réserves, et cetera. Nous disons

claims, be it \$250,000. You pay the claims for us.” Not having to fund these reserves, we saved approximately \$100,000 a year. We are taking the insurance in-house.

Finally, I want to add that, essentially, we have a traditional benefits plan, as you probably noticed. What really sets us apart is shown on this last slide on other benefits.

In my opinion, our fitness facility is state of the art. The employee participation rate is higher than the typical software company. It is almost 70 per cent, whereas most companies are at 50 per cent. We have social activities, Christmas parties and picnics that are fully funded and well attended. It is good for morale boosting and team building.

Part of our people strategy is to compete on our benefits, which we are doing. We keep a pulse on that. However, we really want to win on culture. I believe we have truly done that.

I want to thank you for your time, and I will open the floor to questions.

The Chairman: Thank you very much. I must say that I like your line: “Compete on benefits; win on culture.” That is not a bad line at all.

I want to make a comment and then I want to ask you a question. You heard some of the discussion earlier regarding how you would you deal with a one-of-kind, special case.

I heard your comments on your EAP program. You would not know this, but we are in the early stages of a two-year study on mental health, which is a successor to our study on broader health care and the acute care system. Given the comments you made on the EAP program, I trust you will not mind returning sometime down the road. We want to get two or three employers who have truly outstanding EAP programs together so that we can understand the workings of it. I trust you would not mind coming, if we were to invite you again.

Ms. Smith-Grant: Absolutely not — I would welcome the opportunity. It is an excellent program.

The Chairman: To focus on today, how would you deal with a situation about which everyone feels truly concerned, in which you had an employee who was ill and fell outside the parameters of your existing benefits plan, for whatever reason. How would you handle what I think Senator Lynch-Staunton and I called earlier a “one-off case?”

Ms. Smith-Grant: Could you paraphrase the situation you had? I just heard a little of it.

essentiellement «voici l’argent que nous vous donnons chaque mois pour rembourser nos réclamations, disons 250 000 \$. Vous payez les réclamations pour nous». Le fait de ne plus financer ces réserves nous permet d’économiser environ 100 000 \$ par année. L’assurance devient une affaire interne.

Enfin, j’aimerais ajouter que nous avons un régime conventionnel d’avantages sociaux, comme vous l’avez probablement remarqué. Cette dernière diapositive montre ce qui nous différencie des autres.

À mon avis, notre centre de conditionnement physique est le nec plus ultra. Le taux de participation des employés est supérieur à la moyenne des entreprises de logiciels, soit près de 70 p. 100 contre 50 p. 100 dans la plupart des entreprises. Nous organisons des activités sociales, des partys de Noël et des pique-niques qui sont entièrement financés et qui connaissent un franc succès. Ces activités permettent de renforcer le moral et favorisent l’esprit d’équipe.

Notre stratégie en matière de ressources humaines consiste en partie à concurrencer nos compétiteurs sur le plan des avantages sociaux, et c’est ce que nous faisons. Nous gardons l’oeil ouvert. Toutefois, nous voulons gagner sur le plan de la culture. Je crois que nous avons réussi.

Je vous remercie de votre temps et je serai ravie de répondre à vos questions.

Le président: Merci beaucoup. Je dois dire que j’aime ce que vous venez de dire: «Concurrencer sur le plan des avantages sociaux, gagner sur le plan de la culture». Voilà un slogan intéressant.

J’aimerais faire un commentaire et vous poser ensuite une question. Vous avez entendu une partie des discussions précédentes sur la façon de traiter un cas unique et spécial.

J’ai écouté ce que vous avez dit sur votre programme d’aide aux employés. Vous ne le savez peut-être pas, mais nous entreprenons une étude de deux ans sur la santé mentale, qui succède à notre étude sur les soins de santé en général et le système de soins intensifs. À la lumière de ce que vous avez dit, j’imagine que vous accepteriez de revenir ici à un moment donné. Nous aimerions réunir deux ou trois employeurs qui offrent des programmes exemplaires dans ce domaine, pour nous permettre d’en bien comprendre le fonctionnement. J’imagine que vous accepteriez l’invitation.

Mme Smith-Grant: Bien sûr — j’en serais ravie. Notre programme est excellent.

Le président: Pour revenir aux discussions d’aujourd’hui, que feriez-vous à l’égard d’un employé qui est malade et qui, pour une raison ou une autre, ne répond pas aux critères de votre plan existant, situation qui est troublante pour tout le monde? Comment composeriez-vous avec ce que le sénateur Lynch-Staunton et moi-même considérons comme un cas unique?

Mme Smith-Grant: Pouvez-vous me mettre en contexte? Je n’ai entendu qu’une petite partie de cette discussion.

The Chairman: The situation is that there is a member of Parliament who is under the age of 55, which is when the benefits plan kicks in. This member of Parliament is suffering from a debilitating disease and is simply unable to run again. Therefore, from the time of the election until she turns 55, this individual will not be eligible for the health benefit programs — the drug program and so on. The proposal in the bill is essentially to backdate the plan so that the benefits would kick in at age 50 — not just for this individual, for anyone.

A number of us around the table have expressed the view that we are troubled by the introduction of proposed legislation based on one specific case. We are not disputing the fairness of the case — none of that is at issue here. We asked officials earlier, before you came in, whether or not their existing plans could be tweaked somehow to deal with the question, and we were told no. I will say, as someone who has chaired HR committees on a couple of major boards, it would absolutely not be true in my private sector experience.

I am curious as how you would deal with that problem. You have a case of someone who clearly deserves help. That is it not the issue here. Do you change the broad policy to deal with the one case, or do you have a method by which you could deal with that one-off case by itself?

Ms. Smith-Grant: In the private sector, we would probably deal with it as a one-off case.

The Chairman: How would you do that?

Ms. Smith-Grant: I am thinking of an example we had not that long ago, of an individual who was on a salary continuance — he was terminated — and became disabled during that time period. Technically, as per the contract, he would have no longer been eligible for long-term disability.

The Chairman: Because he was not an employee?

Ms. Smith-Grant: The way the contract is structured, if you are on salary continuance, disability eligibility only continues for one month.

This individual, who was also very ill, would not have had any coverage. I did not change the entire salary continuance benefit eligibility for everyone we terminate who may be disabled; I simply looked at this one individual. What we did was we finessed it with the insurance company. Again, we looked at the contract with the insurance company and said, “This is our situation. We would like to waive that 30-day period for this individual.”

The Chairman: You would like the insurance company to waive it?

Le président: Le régime d'assurance actuelle est valable pour les personnes âgées de 55 ans et plus. Or, il y a une députée qui souffre d'une maladie débilitante qui l'empêche de se représenter. Par conséquent, à compter de la date de l'élection jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge de 55 ans, cette personne n'est pas admissible aux prestations pour soins de santé — l'assurance-médicaments, et cetera. Le projet de loi vise essentiellement à modifier l'âge d'admissibilité pour que les allocations puissent être perçues à l'âge de 50 ans — non seulement pour cette personne, mais pour tous.

Certains d'entre nous se disent préoccupés par l'adoption d'un projet de loi qui est fondé sur un cas unique. L'équité n'est pas remise en question ici — rien de cela n'est en jeu. Avant que vous arriviez, nous avons demandé à des fonctionnaires si les régimes en place pouvaient être quelque peu modifiés dans ce cas, et on nous a dit non. Or, j'ai présidé des comités de ressources humaines au sein d'importants conseils et, à mon avis, les choses seraient bien différentes dans le secteur privé.

Je suis curieux de savoir comment vous aborderiez ce problème. Il s'agit d'une personne qui mérite certainement de recevoir de l'aide. Cet aspect n'est pas en cause ici. Alors, changez-vous l'ensemble de votre politique pour traiter ce cas particulier, ou existe-t-il une méthode qui vous permet de traiter ce cas séparément?

Mme Smith-Grant: Dans le secteur privé, nous traiterions probablement ce cas comme un cas isolé.

Le président: Que feriez-vous?

Mme Smith-Grant: Il n'y a pas très longtemps, nous avons eu à traiter le cas d'une personne qui était en régime de continuation de salaire — son emploi avait pris fin — et qui est devenue invalide durant cette période. Techniquement, en vertu du contrat, cet ancien employé n'aurait plus été admissible aux prestations d'invalidité de longue durée.

Le président: Parce qu'il n'était plus un employé?

Mme Smith-Grant: Compte tenu de la façon dont le contrat est structuré, si vous êtes en régime de continuation de salaire, votre admissibilité aux prestations d'invalidité est maintenue seulement pendant un mois.

Cette personne, qui était aussi très malade, n'aurait bénéficié d'aucune couverture. Je n'ai pas changé l'admissibilité à la continuation de salaire pour toutes les personnes dont l'emploi prend fin et qui pourraient devenir invalides; je n'ai fait que penser à cette personne. Nous avons contourné les difficultés avec la compagnie d'assurance. Encore une fois, nous avons regardé le contrat avec la compagnie d'assurance et nous avons dit «Voici la situation. Nous aimerions déroger à la clause de 30 jours pour cette personne.»

Le président: Vous vouliez que la compagnie d'assurance y déroge?

Ms. Smith-Grant: Yes, because our long-term disability contract is fully insured, as they call it, or fully pooled coverage. I do not know if that makes any sense, but it is coverage that we cannot control — not like our health and dental plans, where we pay the bills.

We took them to the boardroom and said, “Look, this individual needs help. We are an employer with a culture of being very people-oriented, we are very compassionate, and that is what we want to demonstrate here.” This person worked for us probably only for two or three years, so it was not a long tenure, but he had a terminal illness.

We waived it. That is the short answer. Then I worked with the insurance company to get him on to benefits. He still had to go through the process of getting his physician to give Sun Life the information. Then he was treated as if he was an active individual in the plan.

We had another situation, of a long-time employee — who really founded PowerHouse, one of our products developed years ago — who was retiring and only doing maybe some consulting work for us. He did not really fit the eligibility definition for benefits any more, because you must be a permanent employee and work a minimum of 15 hours a week. This person would maybe work 15 hours, maybe not. He was probably going to golf or something.

However, we said that we wanted to give this person benefits. He is legendary at Cognos and has been there for 30 years. We do not have retiree benefits of any kind, because it is not a competitive issue in our industry.

It is amazing what you can do with negotiating skills and adding some pressure; they often will give you what your mandate is. We ended up placing this individual in our benefits plan for permanent part-time employees, those who work 15 hours or more. He did not quite fit the definition, but we have a rider to our plan naming this individual so that he is covered for health and dental benefits.

There were some restrictions. They did reduce some of the benefits. For instance, out-of-country medical coverage was reduced to \$50,000 from the current \$1 million. However, he still had health and dental coverage; he had life insurance at one times salary instead of two, but at least we had something to offer him.

The Chairman: That is exactly consistent with my own private sector experience, which is that reasonable people on the employer side and reasonable people on the insurance company side can find a way to finesse a situation with a little movement here and there. Thank you.

Mme Smith-Grant: Oui, parce que notre contrat visant l’invalidité de longue durée est entièrement assuré, c’est-à-dire que la couverture est mise en commun. Il s’agit d’une couverture que nous ne pouvons contrôler — contrairement à nos régimes de soins de santé et de soins dentaires, pour lesquels nous payons les factures.

Nous nous sommes réunis avec les agents d’assurance et nous leur avons dit «Cette personne a besoin d’aide. Cognos est un employeur dont la culture consiste à mettre l’accent sur les gens; nous avons beaucoup de compassion et c’est ce que nous voulons montrer ici.» Cette personne avait travaillé pour nous pendant deux ou trois ans seulement. Elle n’avait donc pas accumulé de longues années de service, mais elle était atteinte d’une maladie terminale.

En bref, nous avons dérogé à cette clause. J’ai ensuite négocié avec la compagnie d’assurance pour que cet ancien employé puisse toucher des prestations. Il devait tout de même demander à son médecin de donner les renseignements voulus à la Sun Life. Il a ensuite été traité comme si son dossier était actif.

Nous avons également eu le cas d’un employé de longue date — qui a fondé PowerHouse, un des produits que nous avons développés il y a plusieurs années. Cet employé prenait sa retraite et travaillait comme consultant pour nous. Il ne répondait plus vraiment aux critères d’admissibilité aux prestations, car il faut être un employé permanent et travailler un minimum de 15 heures par semaine. Il pouvait travailler 15 heures, ou peut-être moins. Il allait probablement jouer au golf ou s’adonnait à un autre loisir.

Toutefois, nous voulions que cette personne puisse toucher des prestations. Cette figure légendaire a travaillé pour Cognos pendant 30 ans. Nous n’offrons pas de prestations aux employés à la retraite, parce qu’il n’y a pas de concurrence dans ce domaine au sein de notre secteur.

Je m’étonne encore de ce qu’on peut obtenir en exerçant un certain talent de négociateur et un peu de pression; on obtient souvent ce que l’on veut. Nous avons réussi à intégrer cette personne dans le régime de prestations destiné aux employés permanents à temps partiel, ceux qui travaillent 15 heures ou plus. Cette personne ne correspondait pas tout à fait à la définition, mais notre plan comporte un avenant dans lequel figure le nom de cette personne, si bien qu’elle est admissible aux prestations de soins de santé et de soins dentaires.

Il y a certaines limitations. Certaines prestations ont été réduites. Par exemple, la couverture médicale à l’étranger est passée d’un million à 500 000 \$. Par contre, on lui accorde une couverture pour les soins de santé et les soins dentaires. Son assurance-vie ne correspond pas à deux fois son salaire, mais à une fois, mais au moins nous avons quelque chose à lui offrir.

Le président: Ce que vous dites correspond exactement à ma propre expérience du secteur privé, et on voit que des personnes raisonnables du côté de l’employeur et des personnes raisonnables du côté de l’assurance peuvent trouver une façon de contourner les embûches. Merci.

Senator Lynch-Staunton: Unfortunately, although the government might want to do exactly what you did in special cases, it is limited by the law. It is stuck with the law. Even if the carrier and the government were agreeable, the law is the handicap. Maybe someday, the law will be written in such a way that the cases of individuals are included in our legislation, so that we would not again have to deal with such a situation. I do not know how you do that, but there must be a way.

The Chairman: Thank you for coming here, that was really helpful. We will definitely get back to you on the EAP program.

Ms. Smith-Grant: It has been a real opportunity to speak to such an elite group.

Senator LeBreton: We think you are an elite group, too. I cannot get over how that place has grown and expanded.

Ms. Smith-Grant: It is an impressive building. I will leave the details of our benefits plans with the clerk. We also have a small brochure on our employee assistance plan.

The Chairman: We will go to our next panel of witnesses, from the Public Service Alliance of Canada, Mr. John Gordon and Mr. James Infantino.

Mr. John Gordon, National Executive Vice-President, Public Service Alliance of Canada: The Public Service Alliance of Canada represents some 151,000 Canadian workers, the vast majority of whom are employed by the federal government in various departments and agencies. On their behalf, I should like to thank the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology for inviting us to appear during your deliberations on Bill C-24, to amend the Parliament of Canada Act.

At the outset, I should like to say that the PSAC is not opposed to the principles embodied in Bill C-24. In fact, it supports attempts to ensure that working Canadians, including members of Parliament, have their supplementary health care, dental and insurance plans maintained. Instead of a situation whereby the workers leave employment and lose those benefits, only to have them reinstated a few years later when they are subsequently in receipt of a retirement allowance.

Unfortunately, on March 12, 2004, the House of Commons adopted Bill C-24 with limited debate, no consultation and almost total disregard for the people in similar circumstances outside their House. To be clear, despite what was said by the five speakers who addressed Bill C-24 in the House of Commons, the bill provides special treatment for members of Parliament such as benefits over and above what is provided to federal public sector workers, the majority of whom are represented by the Public Service Alliance of Canada.

This was done pursuant to a government motion that received unanimous consent in the House of Commons on March 11, 2004. In effect, the motion abrogated the normal rules for open debate of proposed legislation because it allowed the House to

Le sénateur Lynch-Staunton: Malheureusement, même si le gouvernement voulait suivre votre exemple, il est tenu de respecter la loi. Même si la société d'assurance et le gouvernement sont d'accord, la loi reste un handicap. Un jour peut-être, les lois seront rédigées de manière à inclure les cas particuliers, pour qu'une telle situation ne se reproduise pas. Je ne sais pas comment vous faites, mais il doit y avoir un moyen.

Le président: Merci d'être venue ici; votre exposé a été très utile. Nous communiquerons certainement avec vous concernant le programme d'aide aux employés.

Mme Smith-Grant: Je suis ravie d'avoir eu la chance de m'adresser à un groupe d'élite.

Le sénateur LeBreton: Nous sommes d'avis que vous êtes un groupe d'élite également. Cet endroit a pris une expansion phénoménale.

Mme Smith-Grant: C'est un immeuble impressionnant. Je laisserai les détails de nos régimes de prestations au greffier. Nous avons aussi une brochure sur le programme d'aide aux employés.

Le président: Nous entendrons maintenant nos prochains témoins en table ronde, M. John Gordon et M. James Infantino, de l'Alliance de la Fonction publique du Canada.

M. John Gordon, vice-président exécutif national, Alliance de la Fonction publique du Canada: L'Alliance de la Fonction publique du Canada représente environ 151 000 travailleurs canadiens, dont la vaste majorité sont employés par divers ministères et organismes du gouvernement fédéral. En leur nom, j'aimerais remercier le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie de nous avoir invités à prendre part aux discussions sur le projet de loi C-24, qui vise à modifier la Loi sur le Parlement du Canada.

J'aimerais d'abord préciser que l'AFPC ne s'oppose pas aux principes inhérents au projet de loi C-24. En fait, elle soutient les efforts qui visent à faire en sorte que les travailleurs canadiens, y compris les députés, continuent de bénéficier d'une assurance et d'une protection médicale et dentaire supplémentaires, au lieu de perdre ces avantages lorsqu'ils quittent leur emploi et de voir ces avantages rétablis quelques années plus tard lorsqu'ils ont droit à une prestation de retraite.

Malheureusement, le 12 mars 2004, la Chambre des communes a adopté le projet de loi C-24 après très peu de délibérations, sans consultation et dans le mépris presque total des personnes qui se trouvent dans des circonstances semblables, mais à l'extérieur de la Chambre. Malgré ce qu'ont dit les cinq intervenants entendus à la Chambre des communes, le projet de loi C-24 donne un traitement spécial aux députés en leur accordant des avantages bien supérieurs à ce qui est offert aux travailleurs de la fonction publique fédérale, dont la majorité sont représentés par l'Alliance de la Fonction publique du Canada.

C'est ainsi qu'on a procédé à la suite d'une motion du gouvernement qui a reçu le consentement unanime de la Chambre des communes le 11 mars 2004. En effet, la motion a abrogé les règles habituelles qui prévoient la tenue d'un débat sur les projets

deem the bill read a second time; to deem referral of the bill to committee; to deem the bill reported back without amendment; to deem the bill concurred in at report stage; and to deem the bill read third time and passed, all of which took place on March 12. Bill C-24 permits members of Parliament who cease to be members at the age of 50 but before the age of 55 to participate in the public service health care plan, the pensioners' dental services plan and the public service management insurance plan.

Under the Members of Parliament Retiring Allowances Act, the earliest age at which members of Parliament can commence collecting an allowance is 55. Therefore, this proposed legislation allows MPs who cease to be members after age 50 but before age 55 to participate in the public service health care plan, the PDSP and the PSMIP, even though they would not be in receipt of a retirement allowance under the MPRAA.

PSAC members and other federal workers are prohibited from participating in the PSHCP and the PDSP unless they are in receipt of a benefit under the Public Service Superannuation Act. In short, the members of the House of Commons have voted a benefit for themselves and for senators that is quite simply not available to other workers under federal jurisdiction and who are paid by the federal government and its various departments and agencies.

The difference is that the Members of Parliament Retiring Allowances Act does not provide an option for former members of Parliament to receive a retirement allowance until age 55, while the Public Service Superannuation Act provides the opportunity to receive significantly reduced benefits at an earlier age in certain circumstances.

I will quickly run through the provisions that apply to members of the PSAC and others who are subject to the Public Service Superannuation Act. Other than cases involving total disability of employees who opt for a medical retirement, the earliest a PSAC member is eligible to collect an unreduced pension benefit is age 55. To retire at this age, the worker is required to have banked at least 30 years of pensionable service. At that time, federal workers are eligible to participate in the public service health care plan and the public service dental care plan as retirees.

While retirement at age 50 is possible under the Public Service Superannuation Act, workers can only choose this option if they agree to a pension reduction. The pension reduction for workers with less than 25 years of pensionable service is 5 per cent for each year the retirement commences prior to the age of 60. For example, a federal worker who retires at age 50 after 24 years of service would see his or her pension reduced by fully 50 per cent in dollar terms. A federal worker with this age and service profile, and with an average salary for superannuation purposes

de loi, puisqu'elle a permis à la Chambre de considérer que le projet de loi avait été lu une deuxième fois et avait été renvoyé devant un comité, que le comité en avait fait rapport sans amendement, que le projet de loi avait été agréé à l'étape du rapport, qu'il avait été lu une troisième fois et adopté, toutes ces étapes ayant eu lieu le 12 mars. Le projet de loi C-24 rend les personnes qui perdent leur qualité de parlementaire, après avoir atteint l'âge de 50 ans, mais avant d'avoir atteint l'âge de 55 ans, admissibles aux régimes d'assurance-vie, de soins de santé et de soins dentaires.

Aux termes de la Loi sur les allocations de retraite des parlementaires (LARP), les députés ne peuvent pas commencer à toucher une allocation avant l'âge de 55 ans. Par conséquent, le projet de loi à l'étude permet aux députés qui quittent le Parlement après avoir eu 50 ans, mais avant d'avoir atteint 55 ans, de contribuer au Régime de soins de santé de la fonction publique, au RSDP et au RACGFP, même s'ils ne touchent pas une allocation de retraite en vertu de la LARP.

Il est interdit aux membres de l'AFPC et aux autres fonctionnaires fédéraux de contribuer au RSSFP et au RSDP, à moins qu'ils ne touchent des prestations en vertu de la Loi sur la pension de la fonction publique. Bref, les députés de la Chambre des communes ont voté pour instituer en faveur des sénateurs et d'eux-mêmes un privilège qui n'est tout simplement pas accessible aux autres travailleurs qui relèvent de la compétence fédérale et qui sont payés par le gouvernement fédéral et ses différents ministères et organismes.

Il y a toutefois une différence. La Loi sur les allocations de retraite des parlementaires n'offre pas aux anciens députés la possibilité de toucher une allocation de retraite avant l'âge de 55 ans, alors que la Loi sur la pension de la fonction publique offre l'option de recevoir des prestations considérablement réduites à un âge inférieur dans certaines circonstances.

Je vais vous faire un bref survol des dispositions qui s'appliquent aux membres de l'AFPC et aux autres travailleurs visés par la Loi sur la pension de la fonction publique. Si l'on fait exception des employés qui optent pour une retraite pour des raisons médicales en raison d'une incapacité totale, un membre de l'AFPC ne peut pas toucher une prestation de retraite non réduite avant l'âge de 55 ans. Pour pouvoir prendre sa retraite à cet âge, le travailleur doit avoir accumulé au moins 30 années de service ouvrant droit à pension. À partir de ce moment-là, les travailleurs fédéraux peuvent contribuer au Régime de soins de santé de la fonction publique et au Régime de soins dentaires de la fonction publique à titre de retraités.

La retraite à l'âge de 50 ans est une option possible dans le cadre de la Loi sur la pension de la fonction publique, mais les travailleurs n'y ont droit que s'ils acceptent une réduction de leurs prestations. Pour les travailleurs comptant moins de 25 années de service ouvrant droit à pension, la réduction est calculée au taux de 5 p. 100 multiplié par le nombre d'années entre le moment de la retraite et l'âge de 60 ans. Par exemple, un fonctionnaire fédéral qui prend sa retraite à 50 ans après 24 années de service voit sa pension réduite de pas moins de 50 p. 100. En supposant une

of \$40,000, would receive a pension of \$9,600 instead of \$19,200.

The pension reduction for federal workers who have at least 25 years of pensionable service on termination of employment after age 50 are subject to a pension reduction of 5 per cent per year of the greater of: the number of years of age less than 55 or the number of years of pensionable service less than 30 years. For example, a federal worker with 26 years of service who retires at age 50 will have his or her pension reduced by 25 per cent.

To put this into perspective, the PSAC members and other public sector workers over the age of 50 who decide to retire early or whose employment is terminated find themselves in a difficult quandary. They can elect to access their pension early and be subject to a severe pension reduction that, in many cases, will mean a post-retirement life of abject poverty but with a medical benefit that they so desperately need; or they can defer their pension to either 55 or 60, depending on years of service, and receive a unreduced pension but be denied medical or dental coverage until that pension is received.

Bill C-24 also provides members of Parliament with an added benefit in respect of group insurance when compared to other federal workers. Under Bill C-24, insurance is provided to former members of Parliament who were age 50 when they left office on the same terms and conditions as apply to persons in receipt of an allowance, other than a withdrawal allowance under the act.

In contrast, federal workers who leave their employment in similar circumstances and are not in receipt of an immediate pension benefit under the Public Service Superannuation Act can only maintain life insurance coverage under the supplementary death benefit plan at significantly higher commercial premium rates. Furthermore, the Public Service Alliance of Canada would bring to the committee's attention the many thousands of PSAC members whose positions have been divested to the private sector over the past several years and have no access to post-retirement health, dental or life insurance coverage from their successor employers.

As I said at the outset, the PSAC supports proposed legislation that would see federal workers, including all members of Parliament, have their supplementary health, dental and life insurance maintained when they are over the age of 50 and eligible for a deferred retirement allowance or annuity.

What we cannot support is proposed legislation that addresses the issues for members of Parliament and leaves other federal workers vulnerable. We are particularly disturbed because while the current public service health care plan remains in effect until

rémunération moyenne aux fins de la pension de 40 000 \$ pour un travailleur de cet âge et comptant de tels états de service, la pension s'établirait à 9 600 \$ plutôt que 19 200 \$.

Dans le cas d'un fonctionnaire fédéral comptant au moins 25 années de service ouvrant droit à pension qui prend sa retraite après l'âge de 50 ans, la pension peut être réduite de 5 p. 100 multiplié par le nombre d'années qu'il lui manque pour atteindre 55 ans, ou par le nombre d'années supplémentaires qu'il lui faudrait pour accumuler 30 ans de service ouvrant droit à pension, le plus grand de ces deux nombres étant utilisé. Par exemple, un fonctionnaire fédéral comptant 26 années de service qui prend sa retraite à 50 ans voit sa pension réduite de 25 p. 100.

Question de mettre ces chiffres en perspective, disons que les membres de l'AFPC et les autres travailleurs du secteur public de plus de 50 ans qui décident de prendre une retraite anticipée ou qui perdent leur emploi se retrouvent confronter à un grave dilemme. Ils peuvent choisir de commencer à toucher immédiatement leur pension et se voir imposer une forte réduction qui, dans bien des cas, se traduira par une vie de retraité dans la pauvreté la plus abjecte, mais avec accès au régime de soins de santé dont ils ont tant besoin. Sinon, ils peuvent différer leur pension jusqu'à l'âge de 55 ou 60 ans, selon leurs états de service, et avoir alors droit à une pension non réduite, mais être privés de la protection des régimes de soins de santé et de soins dentaires jusqu'à ce qu'ils reçoivent cette pension.

Le projet de loi C-24 accorde également aux parlementaires un privilège dont ne jouissent pas les autres travailleurs fédéraux en ce qui a trait à l'assurance-groupe. En vertu du projet de loi à l'étude, la protection de l'assurance est en effet offerte aux anciens parlementaires qui quittent leur fonction après l'âge de 50 ans suivant les mêmes modalités qui s'appliquent aux personnes touchant une allocation, à l'exception de celles ayant droit à une allocation de retrait en vertu de la loi.

Au contraire, les fonctionnaires fédéraux qui quittent leur emploi dans des circonstances similaires et qui ne commencent pas immédiatement à toucher une pension de retraite en vertu de la Loi sur la pension de la fonction publique peuvent seulement conserver la protection d'une assurance-vie dans le cadre du régime de prestations supplémentaires de décès en versant des primes considérablement plus élevées correspondant au taux du marché. En outre, l'Alliance de la Fonction publique du Canada tient à rappeler au comité que plusieurs milliers de ses membres ont vu leur poste être transféré au secteur privé au cours des dernières années et ne se voient pas offrir la protection d'un régime de soins de santé, de soins dentaires ou d'assurance-vie par leur nouvel employeur.

Comme je l'ai dit au départ, l'AFP préconise une loi qui verrait tous les travailleurs fédéraux, y compris les parlementaires, profiter du maintien de leurs régimes de soins de santé, de soins dentaires et d'assurance-vie lorsqu'ils deviennent admissibles, après l'âge de 50 ans, à une pension de retraite différée.

Nous ne pouvons toutefois pas appuyer un projet de loi qui règle les problèmes des parlementaires, tout en laissant les autres travailleurs fédéraux vulnérables. Une autre perspective nous préoccupe tout particulièrement. Bien que le régime de soins de

March 31, 2005, we have every reason to believe that the government is contemplating significant reductions to it, particularly in the area of post-retirement coverage. In closing, and in short, we believe the government is legislating a double standard that benefits members of Parliament to the exclusion of all other federal workers. As a result, we urge senators to take the action necessary to ensure that Bill C-24 provides the same coverage to all federal workers. We want to thank you again for inviting us to the committee.

The Chairman: Thank you very much for that detailed statement. That addresses many of the questions that we would have wanted to ask in terms of comparing this bill with the benefits available to your members. You were not here when the minister appeared earlier, but he and his officials talked quite extensively about not just the parallel, but what they deemed the similarity, in the idea that members of Parliament and senators, parliamentarians, should be entitled to similar benefits to those available to public servants.

As you have pointed out, in fact this particular proposal is more generous in certain ways. Mr. Infantino was here and heard that discussion, so you know exactly the point I am making.

Senator Lynch-Staunton: You mentioned that the current public service health care plan would soon expire. How is that negotiated? Is the government alone in this, or are you involved in negotiations?

Mr. Gordon: We are involved in the negotiations. The parties to the plan include the unions, the federal public service, the national superannuates and the Treasury Board of Canada. We are in the process of negotiations on the plan now, because it ends, as I said, on March 31, 2005.

Senator Lynch-Staunton: This is an ongoing committee that meets on a regular basis?

Mr. Gordon: In 2000, they established a trust to oversee the administration of the public service health care plan and they locked in the present plan for a five-year period. It is now coming up for renewal, so one would assume that that process would continue, but we cannot say for sure.

Senator Lynch-Staunton: Have you had cases amongst your members such as the one we are looking at here, where the situation has not been thought of? Cognos told us of two examples where they negotiated the entrance of employees into the plan, and they had to bend it a little but it worked? Do you have the same flexibility?

Mr. Gordon: No. There are certain circumstances whereby a person covered by the plan can continue their contributions, and that is if they become completely disabled, are no longer able to work and get a disability pension. If a person is 53 years of age, and has even 30 years of service and wants to retire, he or she

santé de la fonction publique demeure en vigueur jusqu'au 31 mars 2005, nous avons toutes les raisons de croire que le gouvernement envisage des réductions importantes à ce chapitre, notamment en matière de protection après la retraite. Pour conclure brièvement, nous croyons que le gouvernement instaure avec ce projet de loi un système de deux poids deux mesures qui profitera aux parlementaires au détriment de tous les autres fonctionnaires fédéraux. Nous exhortons donc les sénateurs à faire le nécessaire pour veiller à ce que le projet de loi C-24 assure la même protection à tous les travailleurs fédéraux. Nous tenons à vous remercier encore une fois pour l'invitation.

Le président: Merci beaucoup pour cet exposé très détaillé. Vous avez répondu à bon nombre des questions que nous aurions pu poser quant à la comparaison entre les dispositions de ce projet de loi et les avantages accessibles à vos membres. Vous n'étiez pas là lors du témoignage du ministre, mais ses fonctionnaires et lui-même ont beaucoup parlé de la nécessité d'accorder aux députés et aux sénateurs, aux parlementaires en fait, les mêmes avantages que ceux offerts aux fonctionnaires, parce qu'ils considèrent que ces groupes évoluent non seulement sur un axe parallèle, mais aussi dans des conditions similaires.

Comme vous l'avez souligné, le projet de loi est en fait encore plus généreux que cela sous certains aspects. M. Infantino était présent lors de cette discussion, alors vous savez exactement où je veux en venir.

Le sénateur Lynch-Staunton: Vous avez indiqué que le régime de soins de santé de la fonction publique arrivera bientôt à échéance. Comment se déroulent les négociations? Est-ce que le gouvernement fonctionne en vase clos, ou avez-vous un rôle à jouer?

M. Gordon: Nous participons aux négociations. Les parties concernées sont les syndicats, la fonction publique fédérale, les pensionnés de l'État et le Conseil du Trésor du Canada. Les négociations sont déjà en cours parce que le régime actuel arrivera à échéance, comme je l'ai mentionné, le 31 mars 2005.

Le sénateur Lynch-Staunton: S'agit-il d'un comité permanent qui se réunit à intervalles réguliers?

M. Gordon: En 2000, les parties ont créé une fiducie chargée de superviser l'administration du Régime de soins de santé de la fonction publique et ont adopté le régime actuel pour une période de cinq ans. Le moment est maintenant venu de le renouveler, ce qui peut nous permettre de présumer que le processus se poursuivra, mais rien n'est certain.

Le sénateur Lynch-Staunton: Y a-t-il eu parmi vos membres des cas semblables à celui que nous examinons ici, dont la situation n'aurait pas été prévue? Les représentants de Cognos nous ont cité deux cas où ils ont dû négocier l'intégration d'employés au régime, en y apportant quelques aménagements. Avez-vous la même flexibilité?

M. Gordon: Non. Il existe certaines circonstances dans lesquelles une personne couverte par le régime peut poursuivre ses contributions; il faut qu'elle soit frappée d'une incapacité totale, ne puisse plus travailler et touche une pension d'invalidité. Si un travailleur de 53 ans comptant 30 années de service veut

either has to take a reduced pension, at 5 per cent a year, or defer that pension, and during that deferral period, there is no eligibility to be a member of the plan.

Senator Lynch-Staunton: Will you take this bill to the negotiating table and say, “If this is good enough for them, it is good enough for us?”

Mr. Gordon: We did happen to be at the table the day the bill was introduced and I made mention, “What do you think of this, folks?”

The Chairman: You may want to get the transcript of what the minister and officials said, because they were careful to point out repeatedly, including in the minister’s opening statement, that their intent was to treat parliamentarians and members of the public service the same. I would think that is a pretty compelling argument from your point of view, because they voluntarily went on record as saying that. We are happy to help you get the transcript. That is not a problem.

Mr. Gordon: We appreciate that.

Senator Fairbairn: Thank you for being here. Your paragraph 19 sounds a little ominous. You say you have every reason to believe that the government is contemplating significant reductions to the public service health care plan, PSHCP, particularly in the area of post-retirement coverage.

The Chairman: I would say, parenthetically, it is not only ominous for your members, it is ominous for us, because we are now told we will be treated the same way as you are, so we are with you on this one.

Senator Lynch-Staunton: There may be a new government next time, so you could be —

Senator Fairbairn: We need to be armed, in any event.

Mr. Gordon: All aspects of the plan are up for discussion, including the benefits available to retirees. When we say that we are very cautious about what will happen and what is happening in the backrooms of government, it is because some indications are they are talking about the huge cost overruns, and so on and so forth. We have not seen it ourselves, but that will be part and parcel of the discussion. Signals are being sent to us — and I guess it is only our perception until such time as we get to the detail — that some benefits will be reduced in some way, shape or form, for all — including retirees.

We find that as retirees get older, they tend to become more reliant on the services that the health care plan provides. We feel that there are indications that the funding levels will be reduced.

prendre sa retraite, il doit accepter une réduction de pension, au taux de 5 p. 100 par année, ou encore différer cette pension et être privé de la possibilité de contribuer au régime pendant la période visée.

Le sénateur Lynch-Staunton: Comptez-vous vous présenter à la table de négociation avec ce projet de loi en soutenant que vous devriez disposer des mêmes privilèges que les parlementaires?

M. Gordon: Nous étions justement en négociation le jour où le projet de loi a été présenté; j’en ai profité pour sonder le terrain.

Le président: Peut-être serait-il bon pour vous d’obtenir la transcription des témoignages du ministre et de ses fonctionnaires. En effet, ils ont bien pris soin de signaler à plusieurs reprises, y compris dans les remarques préliminaires du ministre, qu’ils souhaitaient que les parlementaires et les membres de la fonction publique soient traités sur le même pied. N’est-ce pas là un argument très probant en faveur de votre point de vue, étant donné qu’ils ont volontairement décidé de faire officiellement cette déclaration. Nous pouvons vous fournir cette transcription sans problème.

M. Gordon: Nous l’apprécions beaucoup.

Le sénateur Fairbairn: Merci de votre présence parmi nous. Votre paragraphe 19 m’inquiète un peu. Vous dites que vous avez toutes les raisons de croire que le gouvernement envisage des réductions considérables dans le Régime de soins de santé de la fonction publique, surtout en matière de protection après la retraite.

Le président: Si je puis me permettre une parenthèse, je dirais que c’est inquiétant non seulement pour vos membres, mais aussi pour nous. Comme on nous a dit que nous serions traités sur le même pied que vous, nous sommes dans le même bateau.

Le sénateur Lynch-Staunton: Peut-être aura-t-on un nouveau gouvernement la prochaine fois, alors vous pourriez...

Le sénateur Fairbairn: Nous devons être prêts à toutes les éventualités.

M. Gordon: Les négociations peuvent porter sur tous les aspects du régime, y compris les avantages offerts aux retraités. Si nous nous disons préoccupés par ce qui pourrait survenir et par ce qui se passe dans les antichambres du gouvernement, c’est parce que certaines indications laissent entendre qu’il est notamment question d’énormes dépassements de coûts. Ce n’est pas ce que nous avons nous-mêmes constaté, mais ce point sera au coeur des négociations. Des indications nous permettent de croire — je suppose que cela demeure une perception tant que nous n’aurons pas plus de détails — que certaines prestations pourraient être réduites d’une façon ou d’une autre pour tous les fonctionnaires, y compris les retraités.

Nous constatons que plus les retraités sont vieux, plus ils ont besoin des services qu’offre le régime de soins de santé. Certains indices nous amènent à penser que les niveaux de financement seront réduits.

Senator Fairbairn: I would think it would be a very difficult business to do that, when they are supposed to be equivalent to parliamentary levels. Anyhow, we will certainly want to know, as this proceeds, whether or not your fears were groundless.

Senator LeBreton: I wanted to thank the witnesses, because I think their presentation really underscores the point that a few of us are trying to make, that the way this was handled in Parliament just does not pass the smell test. I very much appreciate the points you made. I am generally in agreement with you.

Senator Lynch-Staunton: Well, you have come a long way since Mr. Daryl Bean brought 20,000 employees onto the lawn. It was like a love-in.

The Chairman: As soon as we hear that the government has put us into your camp, we are with you. I urge you to read the transcript from the first session. Senator LeBreton and I had agreed earlier that we would not proceed to clause-by-clause consideration today, that we would have some discussions over the two-week break and come back to you with a course of action. Even if we did do clause-by-clause today and it passed, the reality is that third reading could not be dealt with until after the break anyway. Nothing is hurt by not dealing with the bill until we come back.

Senator LeBreton and I will talk over the next few weeks and figure out the process. I will remind you of two things. One, we do have a meeting at three o'clock this afternoon, with the approval of the Senate. It is by teleconference so it is in the East Block. We have the Chair of the President's Commission on Mental Health and the Chair of the Mental Health Reform Coalition in the United States, who will be appearing from 3 to 5 by teleconference. On the first day we are back, which is Tuesday, April 20, we have, again, an extraordinary meeting at seven o'clock at night on the mental health issue, because the witnesses are from Australia and the time change is such that we can only do Australia on one Tuesday and New Zealand two weeks later. We had to adjust our schedule to fit the time change, so the two seven o'clock meetings have received the approval of both whips.

Senator Fairbairn: Does it have to be on Tuesday?

The Chairman: It is the only night that works, given their schedules. The short answer is yes. We had to accommodate the schedule of the witnesses and recognize that it could not be on a Thursday because so many of our members leave.

It was either Tuesday or Wednesday, and we already sit at four o'clock on Wednesday, with meetings that in some cases run more than three hours. We were boxed into Tuesday.

Le sénateur Fairbairn: J'imagine qu'il serait difficile d'en arriver là, alors que ces niveaux sont censés être équivalents à ceux des parlementaires. De toute manière, nous apprécierions certes que vous nous teniez au fait du déroulement des négociations, question de voir si vos craintes étaient effectivement fondées.

Le sénateur LeBreton: Je tiens à remercier les témoins, parce que je crois que leur exposé a vraiment mis en lumière l'argument que quelques-uns d'entre nous essayons de faire valoir, à savoir que la façon dont le Parlement a traité ce dossier apparaît plutôt louche. J'ai bien aimé votre argumentation. Je suis d'accord avec vous sur la plupart des points.

Le sénateur Lynch-Staunton: Vous avez fait beaucoup de chemin depuis que M. Daryl Bean a fait sortir 20 000 fonctionnaires sur les pelouses. C'était comme une grande manifestation d'amour.

Le président: Comme le gouvernement semble vouloir unir nos destinées, nous sommes de votre côté. Je vous invite fortement à prendre connaissance de la transcription de la première séance. Le sénateur LeBreton et moi-même avons convenu précédemment que nous ne procéderions pas à l'examen article par article aujourd'hui. Nous allons discuter du dossier à quelques reprises pendant la pause de deux semaines et vous revenir avec une proposition de stratégie. Même si nous faisons l'étude article par article aujourd'hui et si nous adoptons le projet de loi, l'étape de la troisième lecture ne pourrait pas être franchie de toute façon avant le retour de la pause. Alors, il ne nous en coûte rien d'attendre notre retour pour examiner ce projet de loi.

Le sénateur LeBreton et moi-même allons nous concerter au cours des prochaines semaines pour déterminer la marche à suivre. J'ai deux choses à vous rappeler. Premièrement, nous tiendrons une réunion à 15 heures cet après-midi, avec l'approbation du Sénat. Comme il s'agit d'une téléconférence, elle aura lieu dans le bloc Est. Entre 15 heures et 17 heures, nous entendrons par conférence téléphonique le témoignage des présidents de la Mental Health Reform Coalition et de la President's Commission on Mental Health aux États-Unis. Dès le premier jour de notre retour, soit le mardi 20 avril, nous tiendrons à nouveau une réunion extraordinaire à 19 heures sur le dossier de la santé mentale, étant donné que nous entendrons des témoins de l'Australie. En effet, le décalage horaire fait en sorte que nous ne pouvons entendre les témoins australiens que mardi soir et ceux de la Nouvelle-Zélande deux semaines plus tard. Ces deux séances tenues à 19 heures ont été approuvées par les deux whips car nous avons dû ajuster notre horaire en fonction du décalage.

Le sénateur Fairbairn: Faut-il absolument que ce soit le mardi?

Le président: C'est le seul soir qui convient. Il faut tenir compte des horaires des témoins et renoncer au jeudi soir parce qu'un grand nombre de nos membres partent.

Restaient le mardi et le mercredi. Comme nous nous réunissons déjà à 16 heures, le mercredi, et que ces réunions peuvent durer jusqu'à trois heures, le mardi devenait la seule solution.

Senator Fairbairn: It coincides with the Agriculture Committee.

The Chairman: It is only two Tuesdays out of the whole set. We have to start on time. When we have senior officials from another country appearing we should be prompt, so can we please start promptly at 3 today? We already have permission from the Senate. The whips have approved the seven o'clock meeting on April 20, and at that time, Senator LeBreton and I will fill you in on what we think we should do with this bill.

Senator Cook: I have a conflict on Tuesdays with Fisheries Committee.

The Chairman: My guess is that since the Fisheries Committee is ongoing and this is a one-off meeting with a foreign country, it is probably worthwhile coming to this.

Senator Cook: I will try to get a substitute.

The Chairman: This was an interesting discussion and I am not at all sure that Mr. Saada and his officials expected the grilling that they got. They did not get any grilling in the House of Commons, so, if for no other reason, it was a good thing to do. Thank you for coming.

The committee adjourned.

OTTAWA, Thursday, April 1, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:05 p.m. to study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, we have with us today via teleconference from Columbus, Mr. Michael Hogan, chair of the U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health. We also have with us here in Ottawa Mr. William Emmet, the co-ordinator for the U.S. Campaign for Mental Health Reform. I thank both of you for taking the time to be with us. I will give you a brief background on what we are doing.

About 18 months ago, this committee released a report that we had been working on for almost three years on the major changes that were needed to the Canada's acute care system, the hospital and doctor system. Many of the ideas were appropriately machine-gunned by the right and the left at the time we put the report out to the extent that we frequently describe ourselves now as being the "coalition of the extreme centre." On all of the truly

Le sénateur Fairbairn: C'est en même temps qu'une réunion du Comité de l'agriculture.

Le président: C'est seulement pour deux mardis. Il nous faut commencer à l'heure. Lorsque nous entendons les témoignages de hauts fonctionnaires étrangers, il faut respecter les horaires. Je vous prie donc d'être tous là pour que nous puissions commencer à 15 heures pile aujourd'hui. Nous avons déjà obtenu l'approbation du Sénat. Les whips ont approuvé la réunion de 19 heures du 20 avril; le sénateur LeBreton et moi-même pourrions vous dire à ce moment-là ce que nous proposons de faire avec ce projet de loi.

Le sénateur Cook: J'ai un conflit d'horaire avec le Comité des pêches, le mardi.

Le président: Selon moi, comme le Comité des pêches se réunit régulièrement et que nous parlons ici d'une réunion unique avec des témoins étrangers, il vaut probablement mieux que vous soyez des nôtres.

Le sénateur Cook: Je vais essayer de me faire remplacer.

Le président: La discussion a été intéressante et je ne suis pas certain du tout que M. Saada et ses fonctionnaires s'attendaient au traitement qui leur a été réservé. Comme ils ont eu la vie facile à la Chambres des communes, on peut dire que, ne serait-ce que pour cette raison-là, notre travail aura servi à quelque chose. Merci de votre présence.

La séance est levée.

OTTAWA, le jeudi 1^{er} avril 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 05 pour étudier les questions qu'ont suscité le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité est autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Honorables sénateurs, nous entendrons aujourd'hui, par téléconférence, depuis Columbus, M. Michael Hogan, président du U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health. Nous accueillons également ici, à Ottawa, M. William Emmet, coordonnateur du U.S. Campaign for Mental Health Reform. Je remercie nos deux témoins de prendre le temps de venir discuter avec nous. Je vous fais un bref historique de nos travaux.

Il y a un an et demi environ, notre comité a publié un rapport, auquel nous travaillions depuis presque trois ans, sur les grands changements qu'il y aurait lieu d'apporter au système de soins actifs et de services hospitaliers et médicaux au Canada. Bon nombre des idées qui y étaient proposées ont été torpillées par la droite et par la gauche lorsque nous avons publié notre rapport, à tel point que nous nous décrivons souvent comme étant la

controversial issues — waiting lines, funding, how money should be raised and so on — the committee reached unanimous consensus despite the political sensitivity of the issues.

Having concluded that, we decided to move on to the issue of mental health. We are very much in the early stages of this study and it will shortly go into a period of hiatus because this country is about to have a general election.

Nevertheless, we are following the pattern of our previous study. We will produce this fall what we would call an options paper that will set out a series of public policy options addressing the mental health issue. We will then conduct an extensive set of hearings in the first half of 2005 to gauge reaction across the country both from experts and the general public on the various options. We will then produce recommendations for reform in the second half of 2005. That is our schedule.

We wanted to get input from the two of you early on because of the kinds of things that we have read about regarding the issue in the United States and some of the progress that you are making. It will not surprise you to learn that we found that in terms of the acute care system, we did not copy much from the United States for many reasons. When you begin with a universal publicly funded system, there is really relatively little one can learn from the American experience other than perhaps how you make hospitals more efficient and we did use some of that information.

On the mental health issue, however, we do not have a national policy. It would appear that there are virtually no provincial policies. The mental health system has been the orphan of the health care system in Canada for a long time. We are determined, both through the report and then through the strong advocacy of recommendations, to get to the point where it ceases to be the orphan.

We are very early in this development. Any input you can provide will be extremely helpful. I would hope that as we go down the road we may well be in touch with you again simply because this is an issue on which we could learn from each other. I very much appreciate your taking the time to be with us.

We will begin with opening statements from the two of you, starting with Mr. Hogan and then turn to questions.

Mr. Michael Hogan, Chair, U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health: Honourable senators, I will try to be succinct because more may come from the questions than from my presentation. It is an honour to have the opportunity to talk to you. I have just enough knowledge of health care in Canada to be dangerous. I do want to acknowledge a debt to one of my

«coalition de l'extrême centre». Sur toutes les questions vraiment controversées, listes d'attente, financement, sommes nécessaires, et cetera, le comité a été unanime, malgré le caractère délicat sur le plan politique de ces questions.

Une fois que nous avons eu terminé ce rapport, nous avons décidé de nous attaquer à la santé mentale. Nous n'en sommes qu'au tout début de notre étude sur cette question, qui devra bientôt être interrompue puisque nous sommes à la veille d'élections générales.

Nous entendons néanmoins suivre le même processus que pour notre étude précédente. Nous publierons à l'automne un document de consultation où seront exposés divers modèles d'actions gouvernementales relativement à la santé mentale. Nous tiendrons ensuite une vaste série d'audiences pendant la première moitié de 2005 afin de mesurer la réaction aux quatre coins du pays, tant chez les experts que chez le grand public, aux divers modèles proposés. Nous formulerons enfin des propositions de réforme pendant la deuxième moitié de 2005. Voilà notre calendrier.

Nous tenions à vous entendre tous les deux au tout début du processus à cause de certaines choses que nous avons lues sur ce dossier aux États-Unis et de certains des progrès qui ont été réalisés chez vous. Vous ne serez pas surpris d'apprendre que, en ce qui concerne le système de soins actifs, nous ne nous sommes guère inspirés de ce qui se fait aux États-Unis, pour de nombreuses raisons. Étant donné que les soins de santé chez nous font partie d'un système universel financé à même les deniers publics, il y a enfin assez peu de leçons que nous pouvons tirer de l'expérience américaine si ce n'est peut-être sur la façon d'accroître l'efficacité des hôpitaux, et nous nous sommes effectivement servis de l'information à ce sujet.

Nous n'avons toutefois pas de politique nationale sur la santé mentale. Il semble qu'il n'y ait pas non plus, ou à peu près pas, de politique provinciale sur la question. Le système de soins de santé mentale est depuis longtemps le parent pauvre du système de soins de santé au Canada. Nous sommes bien décidés, par notre rapport et par la promotion active de nos recommandations, à faire en sorte que les soins de santé mentale cessent d'être le parent pauvre des soins de santé.

Nous n'en sommes qu'au tout début du processus. Tout ce que vous pouvez nous dire pour nous éclairer nous sera extrêmement utile. J'ose espérer que, quand notre étude sera plus avancée, nous pourrons reprendre contact avec vous, simplement parce qu'il s'agit là d'une question sur laquelle nous pouvons apprendre les uns des autres. Je vous suis très reconnaissant de prendre le temps de discuter avec nous.

Nous allons commencer par entendre vos déclarations préliminaires à chacun de vous, en commençant par M. Hogan, puis nous passerons aux questions.

M. Michael Hogan, président, U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health: Honorables sénateurs, j'essaierai d'être succinct, car le plus utile sera peut-être que vous me posiez des questions. C'est pour moi un honneur de pouvoir vous adresser la parole. Je connais juste assez le système de soins de santé au Canada pour que cette connaissance soit dangereuse. Je

mentors, Dr. Hugh Lafave was a leader in reforming mental health care in Saskatchewan in the 1960s. Subsequently, he came to work in New York State where I learned a tremendous amount at his knee.

I will tell the story quickly of this president's commission that was established to look at mental health care in the U.S., not because I believe there is a complete fit in the health and mental health care systems of these countries. However, there is enough in common, as you said, Mr. Chairman, to allow us to learn from each other.

There are some similarities. The existence of a strong, although fragmented state, in our case, provincial in your case, responsibility backed up — sometimes poorly — by federal programs. Both Canada and the U.S. also share — as do many western countries — a problem with respect to mental health care. That is, we have government-run care systems for those with the most serious illnesses, while many people get care in the mainstream health care system for their mental illness. We do have some things in common.

I will go through these slides as quickly as I can. As I have indicated, this commission was established by the President. The last time a President's commission looked at mental health in the U.S. was a quarter century ago under President Carter.

Turning to the second slide, there is a quote from the executive order that charged this commission to look at improvements that will enable adults with serious mental illness and children with severe emotional disturbance to live, work, learn, and participate fully in their communities. Implicit in that charge was, I felt — and still feel — a direction to the mental health system to lift its sights beyond maintenance care toward the kind of treatments and supports that would help people achieve the life that they want.

I will not dwell on this, because honourable senators already know — or your study will take you into this subject — that the burden and impact of these diseases is quite extraordinary. This slide is taken from the World Health Organization, which looks at violent deaths worldwide and finds that deaths as a result of suicide are essentially equal to murder and war put together across the world. We do know that 95 per cent of suicides are precipitated by mental illness, sometimes with alcohol or drug use as well. This is a different measure of the impact on society of these conditions.

Also, WHO data in this case is specific to the U.S., Canada and Western Europe. It looks at the proportion of disability that is attributable to different categories of illnesses. We see a tremendous amount of disability is caused by mental illness. In part, because these conditions tend to come on when people are

tiens à rendre hommage à un de mes mentors. Le Dr Hugh Lafave a été un des pionniers de la réforme des soins de santé mentale en Saskatchewan dans les années 60. Il est ensuite venu travailler dans l'État de New York, où j'ai beaucoup appris en travaillant à ses côtés.

Je vais vous faire rapidement l'historique de cette commission qu'a créée le président pour étudier les soins de santé mentale aux États-Unis, non pas parce que je m'imagine que les systèmes de soins de santé et de soins de santé mentale de nos deux pays se ressemblent vraiment, mais parce que les deux systèmes présentent suffisamment de points communs, comme vous l'avez dit, monsieur le président, pour que nous puissions apprendre les uns des autres.

Il y a des ressemblances, notamment le rôle important, quoique fragmenté, des États, chez nous, et des provinces, chez vous, et l'appui, parfois lacunaire, des programmes fédéraux. Le Canada et les États-Unis ont aussi en commun — comme beaucoup de pays occidentaux — le fait que les soins de santé mentale posent un problème. C'est-à-dire que nous avons des systèmes de soins publics pour ceux qui sont atteints des maladies les plus graves, tandis que bien des gens se font traiter pour leurs problèmes de santé mentale dans le cadre du système de soins de santé destiné à l'ensemble de la population. Nous avons donc certains points en commun.

Je vais vous présenter ces diapos le plus rapidement possible. Comme je l'ai indiqué, la commission a été créée par le président. La dernière fois qu'une commission présidentielle s'est penchée sur la santé mentale aux États-Unis, c'était il y a 25 ans, sous le président Carter.

Sur cette deuxième diapo, vous voyez un extrait du décret qui a chargé notre commission de proposer des améliorations afin d'aider les adultes qui ont des maladies mentales graves et les enfants qui ont des troubles émotifs graves à vivre, travailler, apprendre et participer pleinement à la société dans laquelle ils vivent. Ce décret me semblait — et me semble toujours — inviter implicitement le système de soins de santé mentale à sortir de l'ornière des soins d'entretien pour se tourner vers des traitements et des soutiens qui aideraient ces personnes à vivre leur vie comme elles l'entendent.

Je ne vais pas m'attarder là-dessus, car les honorables sénateurs savent déjà — ou se pencheront là-dessus dans le cadre de leur étude — que les maladies mentales constituent un fardeau considérable et ont une incidence énorme. Vous voyez ici une diapo de l'Organisation mondiale de la santé, qui examine les causes des décès par violence dans le monde et conclut que le suicide est une cause de décès aussi importante que le meurtre et la guerre combinés. Nous savons que la maladie mentale est à l'origine de 95 p. 100 des suicides, même si l'alcool ou les drogues sont parfois aussi un facteur. Il s'agit là d'une façon différente de mesurer les conséquences pour la société de ces maladies.

Par ailleurs, les données de l'OMC, dans ce cas-ci, se limitent aux États-Unis, au Canada et à l'Europe occidentale. Ces données indiquent la proportion des handicaps qui sont attribuables à différentes catégories de maladies. La maladie mentale, comme on peut le constater, est une cause de handicap importante. Cela

young and, in many cases, impair their functioning for decades. The impact goes on far longer than it would be for other illnesses that are thought of as more serious, like cancers, for example, that would tend to come on late in life.

The work of this commission was helped considerably by the fact that the Surgeon General of the United States, in 1999, completed a review of essentially all of the science of mental illness and of mental health care. The Surgeon General's report is a resource document that may be of some use to your committee. This slide shows the fundamentals of mental illness as documented in that report. These are conditions that affect many people, which, if treated well and early, have quite good outcomes.

However, most people get no care at all, and the care they get is apt to not be good enough. For example, in respect of people who are treated by their family doctor for depression, we know — in the States anyway — the depression tends to be under-detected and under-treated. We have this paradox of good treatments that are, at least in theory, available, but poor treatment that leads to high morbidity and mortality.

A problem that I believe that the United States and Canada both share is how the structure of our health care delivery systems is a part of the problem, which is why it is fortuitous that your committee has a broader scope than did our commission. One of the ways that I describe this problem is to ask people to think of another category of illness where we have a distinct care system run by government for the sickest people. We would not countenance that for any other major category of illness. Patients with cancer, heart disease or other health problems would get care in the same health care system. However, we have in the U.S., as you have in Canada, systems of care — if we want to be generous enough to call them that — at the state and provincial level that specialize in care for the most seriously mentally ill. I believe that, in and of itself, is a cause of the stigma. When people must rely on a care system run by government, it probably brings a certain amount of negative reputation to it.

This picture that I have included in the documents illustrates how our efforts to reform mental health care in the United States have been in some ways successful, and in other ways causative of other problems. This is a simplified description of what might be described as the theory in the United States over the last generation of how mental health care would be organized. We would have a federal agency, a Department of Mental Health within the state government, a CMHC or mental health centre at the community level — and this mental health centre would coordinate a wide array of services to the individual consumer, knit them together through a case manager.

s'explique en partie par le fait que ces maladies se manifestent généralement à un jeune âge et que, bien souvent, leur effet débilisant se fait sentir pendant des décennies. Leur incidence se poursuit bien plus longtemps que celle d'autres maladies qui sont considérées comme graves, tel le cancer, qui surviennent généralement à un âge plus avancé.

Le travail de notre commission a été grandement facilité par le fait que le directeur du Service de santé publique des États-Unis avait réalisé en 1999 une étude de toutes les données scientifiques concernant les maladies mentales et les soins de santé mentale. Le rapport qui a été publié à la suite de cette étude pourrait être utile à votre comité. Ici, vous voyez les principaux types de maladies mentales répertoriés dans ce rapport. Il s'agit de maladies qui touchent bien des gens et pour lesquelles on peut obtenir de très bons résultats moyennant une intervention précoce et des traitements appropriés.

Mais le plus souvent, ces gens ne reçoivent aucun traitement, et quand ils en reçoivent, les traitements sont insuffisants. S'agissant, par exemple, de ceux qui sont traités par leur médecin de famille pour une dépression, nous savons — aux États-Unis du moins — qu'on a tendance à sous-dépister et à sous-traiter la dépression. D'où ce paradoxe qui veut que l'on ait accès, en théorie du moins, à de bons traitements, mais que les traitements insuffisants conduisent à des taux élevés de morbidité et de mortalité.

Les États-Unis et le Canada ont, à mon avis, ceci en commun que la structure de nos systèmes de prestations des soins de santé fait partie du problème. C'est pourquoi il est heureux que votre comité ait un mandat plus large que celui de notre commission. Pour expliquer la chose, j'invite les gens à penser à une autre catégorie de maladie pour laquelle il existe un système de soins publics distincts pour les plus malades. C'est là quelque chose qu'on ne saurait admettre pour aucune autre des grandes maladies. Ceux qui ont le cancer, une maladie cardiaque ou d'autres problèmes de santé reçoivent des soins dans le cadre d'un seul et même système de soins de santé. Nous avons toutefois aux États-Unis, comme vous au Canada, des systèmes de soins — c'est être généreux de les qualifier ainsi — au niveau étatique et provincial qui se spécialisent dans le traitement des maladies mentales les plus graves. Ce qui suffit à mon avis pour stigmatiser ceux qui ont ces maladies. Quand les gens doivent se tourner vers un système de soins publics, il y a sans doute déjà là un certain élément péjoratif.

Cette image que j'ai incluse dans la documentation montre que, dans certains cas, nos efforts pour réformer les soins de santé mentale aux États-Unis ont donné de bons résultats mais qu'ils sont aussi à l'origine d'autres problèmes. Vous avez là une description simplifiée de la théorie qui a cours aux États-Unis depuis une génération quant à la façon dont les soins de santé mentale devraient être organisés. Nous devrions avoir un organisme fédéral, un ministère de la Santé mentale dans l'appareil étatique, un centre de santé mentale communautaire — ce centre coordonnerait une vaste gamme de services destinés au consommateur qui pourrait accéder à tous ces services par l'entremise d'un gestionnaire de cas.

This view was developed in the United States about 30 years ago. One of the things that followed, when we were going through the period known as deinstitutionalization, was that the federal government was not a good supporter of these needed care programs for people with serious mental illness. Therefore, now many of the mainstream federal programs — our Medicare program, which is, by and large, acute care for the elderly and for some disabled people, and our Medicaid program, which is a health-care and long-term care program for the very poor and disabled, as well as other government programs — got modified to provide at least some care for mental illness.

The result has been this patchwork quilt where we have all these different federal agencies that have some responsibility for mental health care. They tend to work through the corresponding agency at the state level. There is probably some analogue to this in the federal and provincial relationship in Canada. The entities at the state level and then at the local level that are responsible for care are different bureaucracies and different systems, creating the situation where the person with mental illness and the family has to navigate what has become a terribly complicated system; and they must do this, by and large, when they are at their worst.

One of the challenges is that this is a complicated, intergovernmental relationship that has been established over time. It is probably too complicated to just reform our way out of it. That is a challenge we had to deal with. In a sense, the diagnosis that this commission came up with for mental health care is that we have a system in our country, coordinated by states. The states use very different approaches and nobody has figured out a perfect solution. To some extent, as I know is true in Canada, the state's approach to mental health is dependent on the politics and the geography of that state.

We have a specialty system that is not really oriented to recovery. We tend to get people late and keep them in maintenance care. We do not use the best science. At the same time as we have this problem, we have a growing problem of mental health care not being available for people in other settings. In the schools, we have a big problem now with mentally ill people not getting care and ending up in prisons. The system has become a narrow maintenance system that is not very effective across the range of responsibilities and populations. That led this commission to say that we viewed our system as being in shambles.

The logic of what our group proposed was to try to sidestep the notion of reform or reorganization. We had a sense that reform had gotten us into this mess, and we had to have a different language or concept. We ended up being galvanized around this notion of transformation. We do not know exactly what it means, but we think that this transformation means that actions are

Cette vision du système de santé mentale est apparue aux États-Unis il y a une trentaine d'années. Or, pendant la période de désinstitutionnalisation qui a suivi, il s'est avéré que le gouvernement fédéral n'était pas très doué pour appuyer les programmes de soins qu'il aurait fallu mettre en place pour les personnes atteintes de maladie mentale grave. C'est ainsi que beaucoup des programmes fédéraux destinés à l'ensemble de la population — notre régime d'assurance-santé, qui assure essentiellement des soins actifs aux personnes âgées ainsi qu'à certaines personnes handicapées, et notre régime d'assurance-médicaments qui assure aux indigents et aux personnes handicapées les médicaments et les soins de longue durée dont ils ont besoin, de même que d'autres programmes gouvernementaux — ont été modifiés afin d'englober certains soins pour les malades mentaux.

Nous en sommes ainsi arrivés à une mosaïque de programmes où les soins de santé mentale relèvent d'une multitude d'organismes fédéraux différents. Ces organismes exercent généralement leur activité en collaboration avec l'organisme étatique correspondant. Il y a sans doute des analogies à faire ici avec la relation fédérale-provinciale au Canada. Il existe donc des structures et des systèmes différents au niveau étatique et au niveau local qui assurent la prestation des soins, de sorte que les malades mentaux et leurs familles doivent essayer de s'y retrouver dans ce qui est devenu un véritable dédale de programmes, et ce, alors qu'ils sont généralement plus vulnérables.

Le défi est d'autant plus grand que nous avons affaire à une relation intergouvernementale compliquée qui s'est bâtie au fil des ans. Elle est sans doute trop compliquée pour que nous puissions simplement nous en sortir par la voie de la réforme. Dans le diagnostic qu'elle a posé à la suite de notre étude sur les soins de santé mentale, notre commission a conclu en quelque sorte que nous avons un système chez nous qui est coordonné par les différents États. Chaque État a sa façon de faire, qui est très différente de celle des autres, et personne n'a encore trouvé de solution parfaite. Dans une certaine mesure — et je sais que cela vaut aussi pour le Canada —, l'approche de chaque État est fonction de son arrimage politique et de sa géographie.

Nous avons un système spécialisé qui n'est pas vraiment axé sur le rétablissement. En règle générale, les gens y viennent assez tard et n'y trouvent que des soins d'entretien. Le système ne fait pas appel à ce qui se fait de mieux dans le domaine scientifique. À ce problème vient s'ajouter le manque croissant de soins de santé mentale dans d'autres milieux. Dans les écoles, nous avons un gros problème du fait que les jeunes malades mentaux n'y reçoivent pas de soins et finissent par se retrouver en prison. Le système se limite aux soins d'entretien, ce qui n'est pas très efficace ni pour les divers secteurs de responsabilité ni pour les différentes populations. C'est ce qui a amené notre commission à déclarer que notre système est en lambeaux.

Ce que notre commission a fini par proposer reposait sur l'idée qu'il fallait essayer de contourner la notion de réforme ou de restructuration. Nous avions l'impression que la réforme était à l'origine du fouillis actuel et qu'il nous fallait trouver un nouveau concept ou un nouveau terme. Nous avons fini par opter pour le concept de transformation, qui nous a galvanisés. Nous ne savons

necessary at many levels. It is not just a federal problem such that the wisdom will flow out of the national capital and local people will adapt. We need local action as well and we need small and large actions, not just large and unachievable actions. For example, creating a situation wherein individual patients and families are more empowered in their own treatment sounds like a small change but, in the long run, it may be more potent or revolutionary than larger changes. We propose the idea of national vision for mental health care and the establishment of national goals, which we hope would serve to motivate and organize people as well as the stock and trade of any group such as this.

An idea or organizing principle for mental health in Canada as well as in the United States and probably around the world came to this commission in a talk from former First Lady Rosalyn Carter, who is the honorary chair of the last national commission in this country. She reflected with us on what has changed in mental health over the last generation. Ms. Carter said that in reflecting on that, there was one thing that we have going for us today that did not exist a generation ago. One thing has changed that is more significant than anything else: we now understand today that recovery is possible for any individual with a mental illness.

This is a simple but powerful statement that has several meanings in the mind of our commission. First, it is possible for people to get better even if we might have thought years ago that they were "hopeless cases." Second, even if people have a serious illness that may affect them for a decade or longer, they can achieve a good quality of life with the right kind of support. Recovery is not necessarily just a miracle cure but it can be a case of coping well with a devastating illness. Third, recovery for people in the mental health system is beginning to imply hope as a core ingredient of our approach to care, as opposed to a notion that is more passive and oriented to maintenance.

In our report, we proposed to the President that a commitment to a future where recovery or resiliency, especially for children, are the expected outcomes, not just extraordinary outcomes as portrayed in the story of Dr. Nash in the book and film entitled, *A Beautiful Mind*. We have to expect, with a diagnosis of mental illness, that recovery is the outcome and not something extraordinary. This would have to be supported in part by access to care that is early and good as opposed to late and bad.

pas exactement ce que cela veut dire, mais nous pensons que la transformation exige des mesures différentes à bien des niveaux différents. Le problème n'est pas que fédéral, et il ne faut donc pas compter que la sagesse va surgir de la capitale nationale et se répandre à l'échelle locale où les gens devront s'y adapter. Il faut aussi des mesures à l'échelle locale, et il faut des mesures de grande envergure et de moindre envergure, les mesures d'une portée très vaste et irréalisables ne suffisant pas. Ainsi, cela peut paraître mineur comme changement que de créer un contexte dans lequel les patients à titre individuel et leurs familles peuvent davantage décider eux-mêmes de leur traitement, mais ce changement pourrait avoir un effet beaucoup plus important, voire révolutionnaire, que des changements de plus grande envergure. Nous proposons l'idée d'une vision nationale des soins de santé mentale et l'établissement d'objectifs nationaux, qui serviraient, nous l'espérons, à motiver et à organiser les gens et qui seraient le point de départ de toute action concertée à cet égard.

Un des principes qui devraient guider les efforts en santé mentale au Canada tout comme aux États-Unis et sans doute dans les autres pays du monde nous est venu d'un discours de l'ancienne première dame Rosalyn Carter, qui a été présidente d'honneur de la dernière commission nationale qui s'est penchée sur la question aux États-Unis. Nous avons fait appel à elle pour nous aider à comprendre ce qui avait changé en santé mentale au cours de la dernière génération, et Mme Carter nous a dit que nous avons un avantage dans notre réflexion qui n'existait pas une génération auparavant. Le changement le plus important qui soit survenu, c'est que nous savons maintenant que le rétablissement est une possibilité pour n'importe quelle personne qui a une maladie mentale.

Il s'agit là d'une déclaration simple mais puissante qui recouvre plusieurs notions, de l'avis de la commission. Premièrement, les gens peuvent améliorer leur état de santé mentale même si, auparavant, on les considérait comme des «cas désespérés». Deuxièmement, même ceux qui ont une maladie grave qui les suivra pendant des années ils peuvent atteindre une bonne qualité de vie s'ils ont le soutien qu'il leur faut. Le rétablissement n'est pas nécessairement une guérison miraculeuse; il peut s'agir simplement de savoir bien composer avec une maladie dévastatrice. Troisièmement, s'il y a possibilité de rétablissement, c'est que l'espoir doit être une composante essentielle des soins en santé mentale, qui, de ce fait, ne seront plus aussi passifs et axés sur les soins d'entretien.

Dans notre rapport, nous avons recommandé au président de mettre le cap sur un avenir où le rétablissement ou la capacité de récupération, surtout chez les enfants, ferait partie des attentes courantes, au lieu qu'il s'agisse de quelque chose d'extraordinaire comme dans les livres du Dr Nash et le film intitulé *Un homme d'exception*. Quand un diagnostic de maladie mentale est posé, il faut s'attendre au rétablissement de la personne comme étant un résultat, non pas extraordinaire, mais normal. Pour cela, il faudrait avoir accès à des traitements qui soient précoces et bons, plutôt que tardifs et mauvais.

I will end by listing the six goals that we propose as a framework for thinking about how to approach mental health care in the U.S. I will name a few although we made 19 formal recommendations. A couple of them might be salient for members of the committee to consider. Two of the recommendations relate to plans, the first being at the level of the individual consumer. We do not know exactly how to do this, but we believe we need to move in the direction of care being more individualized and geared to a personalized effort so that the family and the individual have greater input and control of their care plan. That does not imply total control but rather a genuine partnership with professionals, as opposed to simply getting a diagnosis and taking the medicine.

The second recommendation may have an analogue in Canada — the notion of moving toward state responsibility for mental health that would be defined somewhat more broadly than it is now. In the United States now, all states would have some entity in government responsible for mental health care. In some cases, such as Ohio, it is actually a free-standing department with its director reporting to the governor. In a number of states, it is a branch or bureau of a health agency. Generally, these agencies have a relatively narrow purview over programs for children and adults with serious mental illness. We have proposed an approach that would turn on incentives between the federal and state governments for the state to take a broader approach to mental health care and think about the mental health of children in the schools, of people who may have been arrested and might be more appropriately given community care, provided they do not represent a danger to others, as opposed to incarceration.

The federal government, through the partial provision of incentives and resources, could encourage this state plan. States would have to step up and make the choice to do it. That approach may have some utility in Canada.

The Chairman: I will make just one observation in respect of your chart about your fragmentation of services after reform. I think our situation is so complicated that I do not even think we could draw the chart. That is how awful it is.

Mr. William Emmet, Coordinator, U.S. Campaign for Mental Health Reform: Honourable senators, it is an honour to be here. I hope that we can have a dialogue that will be beneficial to Canada as well as to the United States. I will say also that it is an honour to follow Mr. Hogan in making a presentation to you. He has done such wonderful work during the course of the campaign and indeed back through his career as a commissioner in Ohio and Connecticut and working with the advocates.

Je vais conclure en énumérant les six objectifs que nous proposons pour circonscrire la réflexion sur la façon d'aborder les soins de santé mentale aux États-Unis. Je vous citerai quelques-unes de nos recommandations, même si nous en avons fait dix-neuf en tout. Deux d'entre elles pourraient intéresser plus particulièrement les membres de votre comité. Il s'agit de deux recommandations qui visent l'établissement de plans, d'abord au niveau du consommateur individuel. Nous ne savons pas exactement comment la chose pourrait se faire, mais nous sommes d'avis qu'il faut s'orienter vers des soins plus individualisés et davantage axés sur un effort personnalisé afin que la famille et le patient aient davantage leur mot à dire dans le plan de traitement. Ce que nous préconisons, ce n'est pas un pouvoir de décision absolue, mais plutôt un véritable partenariat avec les professionnels, au lieu que le rôle du patient se limite à recevoir le diagnostic et à subir les traitements.

Quant à la seconde recommandation, il y a peut-être déjà quelque chose d'analogue au Canada. Il s'agit de faire en sorte que chaque État assume une responsabilité plus large en ce qui concerne la santé mentale. À l'heure actuelle, tous les États américains ont une entité gouvernementale quelconque qui a la responsabilité des soins de santé mentale. Certains États, comme l'Ohio, ont en fait un ministère distinct dont le directeur relève du gouverneur. Dans un certain nombre d'autres États, la responsabilité de la santé mentale incombe à une direction ou à un bureau en particulier d'une agence de santé. En règle générale, ces agences n'ont qu'une responsabilité assez limitée en ce qui concerne les programmes destinés aux enfants et aux adultes qui ont de graves maladies mentales. Nous avons proposé une approche qui s'articulerait autour d'un certain nombre d'incitatifs au niveau fédéral et au niveau étatique qui encourageraient les États à opter pour un modèle de soins de santé mentale plus englobant, qui tiendrait compte de la santé mentale des enfants dans les écoles ainsi que de personnes condamnées pour qui des soins dispensés dans la collectivité pourraient être plus appropriés que l'incarcération, à condition qu'elles ne représentent pas un danger pour autrui.

Le gouvernement fédéral, par une contribution partielle sous forme d'incitatifs et de moyens, pourrait encourager les États à avancer dans cette voie. La participation des États serait volontaire. C'est là un modèle qui pourrait être intéressant pour le Canada.

Le président: Je voudrais simplement faire une observation au sujet de votre tableau illustrant la fragmentation des services après la réforme. Chez nous, la situation est tellement compliquée que nous ne pourrions sans doute même pas en dresser le tableau. C'est vous dire à quel point elle est enchevêtrée.

M. William Emmet, coordonnateur, U.S. Campaign for Mental Health Reform: Honorables sénateurs, c'est pour moi un honneur de venir témoigner devant vous. J'espère que nous aurons un dialogue qui profitera au Canada tout comme aux États-Unis. Je dois dire aussi que c'est un honneur de succéder à M. Hogan à la barre des témoins. Il a vraiment fait des choses extraordinaires tout au long de la campagne, voire même à l'époque où il était commissaire dans l'Ohio et au Connecticut et qu'il travaillait avec les militants.

I pay compliments to Mr. Hogan because I think my presentation will echo his in many ways, at least in terms of the themes so I hope you will bear with me on that. That will be instructive because the themes emerging in the United States may be of some use to you here in Canada.

The campaign for mental health reform is a unified mental health advocacy effort that is unprecedented in the United States. Typically in the past, various advocacy organizations, provider associations, professional guilds, and other agencies have often pursued their unique and often competing interests and not worked together very effectively. The campaign, with 16 member organizations, was organized when we anticipated the report of the New Freedom Commission on Mental Health. We were organized specifically to support and build on the recommendations of the President's New Freedom Commission and to ensure that United States mental health policy would reflect on-going advances in the field.

As I began think about making this presentation to you, I realized that a brief survey might be in order. I looked at what has happened over the last several presidential administrations. During his administration, former President George H.W. Bush signed the Americans With Disabilities Act in 1990. Critically, and against some opposition, the drafters of that legislation included psychiatric disabilities among the disabilities covered by the law. As a result, the particular rights of people with psychiatric disabilities are protected by the law in a way that they were not protected prior to the ADA. These include the right to accommodation for one's disability in the place of employment or education and the right to appropriate housing for people with disabilities in the community.

The United States Supreme Court handed down an important ruling on the applicability of the ADA in 1999. In the *Olmstead* decision, the court interpreted the ADA to mean that states must provide services in the most integrated setting appropriate to the needs of qualified individuals with disabilities. The effect of this ruling has been to force a number of states to reassess the programs they offer for all people with disabilities and to consider how they allocate resources for these populations. In some states, this has worked to accelerate activities that go as far back as the 1960s to make community placements available for people with psychiatric disabilities. The ADA dealt with rights but it did not look at the nature of the services to which people have a right.

Proceeding with the survey, the next great leap forward in our nation's understanding of the needs of people with mental illnesses came during the administration of President Bill Clinton. He held a 1998 White House conference on mental health, signalling the administration's strong interest in the issue. More important was the report of the United States Surgeon

Je tiens à rendre hommage à M. Hogan, car mon exposé reprendra sans doute une bonne partie de ses propos, du moins pour ce qui est des thèmes. Je demande donc votre indulgence. Vous pourrez peut-être en tirer des leçons puisque les thèmes qui émergent aux États-Unis pourraient vous être d'une certaine utilité ici au Canada.

La campagne en faveur de la réforme de la santé mentale est un effort concerté de promotion de la santé mentale sans précédent aux États-Unis. Par le passé, les divers organismes de promotion, les associations de fournisseurs, les ordres professionnels et les autres organismes avaient souvent tendance à poursuivre leurs intérêts propres, qui bien souvent étaient contradictoires, et ne collaboraient pas de façon très efficace. La campagne, qui compte 16 organisations membres, a été organisée en prévision du rapport de la New Freedom Commission on Mental Health. Nous avons expressément pour mandat d'appuyer les recommandations de la commission et d'en assurer le suivi afin que la politique américaine en matière de santé mentale reflète les progrès réalisés dans le domaine aujourd'hui et demain.

Quand je me suis mis à réfléchir à l'exposé que je pourrais vous faire, je me suis rendu compte qu'il y aurait peut-être lieu de vous présenter un petit historique. Je suis remonté dans le temps pour voir ce qui s'était passé au cours des quelques dernières administrations présidentielles. Ainsi, l'ancien président George H.W. Bush a signé en 1990 la loi intitulée Americans With Disabilities Act. Fait notable, et malgré une certaine opposition, les déficiences psychiatriques figurent au nombre des déficiences visées par cette loi. Depuis, les droits individuels des personnes ayant des déficiences psychiatriques sont donc protégés comme ils ne l'étaient pas auparavant. Ces personnes ont notamment le droit à certains aménagements dans leur lieu de travail ou d'études pour tenir compte de leur handicap et elles ont le droit à un logement convenable qui tient compte de leur handicap dans leur collectivité.

La Cour suprême des États-Unis a rendu une décision importante sur l'applicabilité de cette loi en 1999. Dans la décision *Olmstead*, la cour a statué que la loi Americans With Disabilities Act impose aux États l'obligation d'assurer des services dans le cadre le plus intégré possible qui conviennent aux besoins des personnes admissibles qui ont un handicap. La décision a eu pour effet de contraindre un certain nombre d'États à réévaluer les programmes qu'ils offrent à toutes les personnes handicapées et à réexaminer la répartition des ressources destinées à ces populations. Certains États ont ainsi accéléré leurs efforts, qui dans certain cas remontaient aux années 60, pour assurer des places dans la collectivité aux personnes ayant une déficience psychiatrique. La loi Americans With Disabilities Act traitait des droits de ces personnes mais pas de la nature des services auxquels elles ont droit.

Si nous poursuivons notre historique, le prochain jalon important dans la voie de la compréhension des besoins des personnes ayant une maladie mentale aux États-Unis a été posé sous le président Bill Clinton. En 1998, M. Clinton a tenu une conférence de la Maison-Blanche sur la santé mentale, indiquant ainsi l'intérêt marqué de son administration pour cette question.

General, which Dr. Hogan mentioned a moment ago. It was issued in 1999 by Mr. David Satcher, the Surgeon General at the time.

This comprehensive report compiled what was then known about mental health and the causes and treatment of mental illnesses. It brought in numerous experts and sources. The report remains today a great foundational document for mental health policy in the United States, referred to by consumers, families, providers, administrators and policy-makers as the most balanced and inclusive survey of the issues.

The great message of the Surgeon General's report is that while there is much yet to learn, we know a great deal about services and treatments that improve the lives of people with mental illnesses, yet tragically, our treatment systems fail to make these effective services accessible to the majority of those who need them.

During the presidential campaign of 2000, then-governor George W. Bush pledged to address the state of mental health care in the United States. Reminded of his pledge after his victory, President Bush, in 2002, named Dr. Hogan to chair the commission charged with studying mental health service delivery in the nation and making recommendations to improve it. Acknowledging in its interim report that the system is in shambles, the President's New Freedom Commission on Mental Health pointed the way to transformation of the system to one that rests on the belief that recovery from mental illness is indeed possible.

The six goals for transformation of the system laid out by the commission in its final report are actionable, as Dr. Hogan said, at the local, state and federal levels. While the commission report is intentionally short on detail, it does provide a very useful and farsighted framework for getting at the central problem that was identified by the Surgeon General in his report — that is, we know what services work but we make it very difficult for those who need them to get them.

As you know from your studies of broader health care, many Americans receive health care as a benefit of employment. Typically, however, coverage of mental health care is more limited than is true for coverage of other types of health care. Thirty-four states, approximately, have passed laws that provide for some degree of parity but the federal government has yet to act in a meaningful way to ensure that those companies who are self-insured must provide coverage for mental health conditions similar in scope to coverage for other illnesses. In any case, mental health benefits under these private insurance plans are tightly managed. Again, it is very unlikely that most who are covered will

Un bond encore plus important a été réalisé avec le rapport du directeur du Service de santé publique des États-Unis, dont le Dr Hogan vient de parler. C'est en 1999 que M. David Satcher, directeur du Service de santé à l'époque, a publié ce rapport.

Ce rapport exhaustif était une compilation de ce qu'on savait jusque-là de la santé mentale ainsi que des causes et du traitement des maladies mentales. De nombreux experts y ont participé et ils se fondaient aussi sur de nombreuses sources. Encore aujourd'hui, ce rapport est un important document de base de la politique des États-Unis en matière de santé mentale, et il est considéré par les consommateurs, les familles, les fournisseurs, les administrateurs et les décideurs comme l'enquête la plus équilibrée et la plus inclusive qui ait été faite des questions touchant la santé mentale.

Le principal message de ce rapport du directeur du Service de santé publique, c'est que, même s'il nous reste beaucoup à apprendre, nous en savons déjà beaucoup sur les services et les traitements qui améliorent la vie des personnes ayant une maladie mentale, et pourtant, nos systèmes de traitement ne réussissent malheureusement pas à rendre ces services efficaces accessibles à la majorité de ceux qui en ont besoin.

Pendant la campagne présidentielle de 2000, le gouverneur Georges W. Bush avait promis de s'attaquer à l'état des soins de santé mentale aux États-Unis. Quand on lui a rappelé cette promesse après sa victoire, le président Bush, en 2002, a nommé le Dr Hogan à la tête de la commission qu'il a chargée d'étudier la prestation des services de santé mentale aux États-Unis et de formuler des recommandations en vue de l'améliorer. Reconnaisant dans son rapport provisoire que le système est dans un état lamentable, la commission sur la santé mentale créée par le président a voulu montrer la voie vers la transformation du système afin de l'arrimer à la conviction que les personnes ayant une maladie mentale peuvent effectivement se rétablir.

Les six objectifs de la transformation du système qui ont été énoncés par la commission dans son rapport final peuvent être réalisés, comme l'a expliqué le Dr Hogan, par des mesures prises aux niveaux local, étatique et fédéral. Si elle a évité à dessein d'entrer dans le détail dans ce rapport, la commission y élabore un cadre bien pensé et axé sur une vision à long terme qui permettra de s'attaquer au noeud du problème, tel qu'il avait été défini dans le rapport du directeur du Service de santé publique, à savoir que les services donnent de bons résultats mais que nous en rendons l'accès très difficile pour ceux qui en ont besoin.

Comme vous le savez d'après les études que vous avez faites sur les soins de santé en général, pour beaucoup d'Américains, les soins de santé sont assurés par leur employeur. En règle générale, cependant, la couverture en matière de soins de santé mentale est plus limitée que pour les autres types de maladies. Quelque 34 États ont adopté des lois qui prévoient une certaine parité, mais le gouvernement fédéral n'a toujours pas pris de mesures concrètes pour faire en sorte que les entreprises qui ont leur propre régime d'assurance y incluent les soins de santé mentale au même titre que les autres types de soins. Quoi qu'il en soit, ces régimes d'assurance privés gèrent de façon très stricte les

have access to the services they need, as a result.

Approximately 43 million U.S. citizens are not covered by private insurance. For the portion of this population with mental health care needs the nation's publicly funded mental health system is the only option other than receiving no care at all. The public mental health system is a \$23-billion system. It serves approximately 6.1 million people annually in all 50 states, four territories and the District of Columbia. In the United States, responsibilities for public mental health care are shared among the three levels of government, as Dr. Hogan pointed out. The system has evolved considerably from the time it was almost entirely based on institutions operated by the states. Today, the number of hospitals and the populations of those state hospitals have been significantly reduced but more than 40 years after President Kennedy first signed legislation creating community mental health centres, the goal of access to comprehensive services in the community remains elusive in many places.

Both the President's commission and the Surgeon General made it clear in their reports that there are pockets of excellence in the provision of mental health care services in the U.S. However, they also pointed to the fact that identifiable segments of American population — minorities and people who live in rural areas for instance — receive markedly poorer services or no services at all. Both reports noted the rise in the use of evidence-based practices but they also called attention to the 12- to 15-year lag in the implementation of research-based interventions. They found that poor or ineffective treatment remained the rule in many parts of the country.

Dr. Hogan and the commission certainly cited fragmentation of mental health care as the major impediment to availability of consistent high-quality services in communities across the country. The commission noted that fragmentation is largely the result of our nation's patchwork financing of services. Today, funding comes from local, state and federal sources, again illustrated very well by Dr. Hogan.

Federal funding comes through a variety of departments and agencies but the major federal funds specifically earmarked for mental health services — the Mental Health Block Grant — typically constitute about 1 to 3 per cent of a typical state's overall spending on mental health services. On the other hand, Medicaid is the fastest growing source of funds spent on mental health services in the states. As a medical entitlement program it covers only certain approved services, however, and it requires matching contributions from the states that are increasingly difficult for the states to make in these tight budgetary times. Too often lost in the mix is sufficient funding to meet the rehabilitative

prestations de santé mentale. Aussi, je le répète, la plupart de ceux qui participent à ces régimes n'ont fort probablement pas accès aux services dont ils ont besoin.

Quelque 43 millions de citoyens américains ne bénéficient pas d'un régime d'assurance privé. Ceux d'entre eux qui ont besoin de soins de santé mentale n'ont accès qu'au système de soins de santé mentale financé à même les fonds publics, s'ils veulent se faire soigner. Le système public coûte 23 milliards de dollars et sert chaque année quelques 6,1 millions de personnes réparties dans les 50 États, les 4 territoires et le district de Columbia. Aux États-Unis, la responsabilité des soins de santé mentale publics est partagée entre les trois paliers de gouvernement, comme l'a fait remarquer le Dr Hogan. Le système a évolué considérablement depuis l'époque où il était composé presque uniquement d'établissements administrés par les États. De nos jours, ces établissements hospitaliers sont beaucoup moins nombreux et leur population est beaucoup moins nombreuse qu'autrefois, mais il y a maintenant plus de 40 ans que le président Kennedy a signé la première loi créant des centres de santé mentale communautaires, et l'objectif de l'accès à des services complets dans la collectivité demeure inatteignable dans bien des endroits.

La commission du président et le directeur du Service de santé publique ont tous deux clairement établi dans leurs rapports qu'il existe des regroupements d'excellence dans la prestation des soins en santé mentale aux États-Unis. Cependant, ils ont aussi mentionné le fait que des groupes identifiables de la population américaine — des minorités et des gens qui vivent dans des zones rurales par exemple — n'avaient accès qu'à des services nettement inférieurs ou n'en obtenaient pas du tout. Dans les deux rapports, on signale le recours accru à la médecine factuelle et on attire aussi l'attention sur le retard de 12 à 15 ans en matière de mise en oeuvre des interventions fondées sur la recherche. On y constate que dans de nombreuses régions du pays, les traitements de piètre qualité ou inefficaces demeurent la règle.

Le Dr Hogan et la commission ont affirmé que la fragmentation des soins en santé mentale était le principal obstacle à l'accessibilité constante des services de qualité dans les collectivités de tout le pays. La commission mentionnait que la fragmentation résultait en grande partie de la disparité des modes de financement des services dans notre pays. À l'heure actuelle, le financement est assuré par des sources locale et fédérale et par les États eux-mêmes, comme l'a encore très bien montré le Dr Hogan.

Le financement fédéral provient de divers départements et agences et l'essentiel des fonds fédéraux précisément alloués aux services de santé mentale, la Mental Health Block Grant, représentent généralement de 1 à 3 p. 100 de la moyenne des dépenses globales d'un État en matière de services de santé mentale. Par ailleurs, Medicaid constitue dans les États la source de financement des services de santé mentale qui croît le plus rapidement. Medicaid est un programme d'assurances-maladie qui ne couvre cependant que certains services approuvés et il dépend de contributions de contrepartie des États, que ces derniers ont de plus en plus de mal à verser en cette période de

needs of adults and children with mental illnesses.

The inability of parallel systems to communicate with each other is costing many jurisdictions. The mental health system is not coordinating well with its counterparts in housing, employment, education, general health care, criminal justice and on down the line. Fragmentation has many consequences. At a minimum, it results in a system that is very difficult for people in need of services to understand or navigate. Many are unaware of available services; others are frustrated by the system's confusion and simply stay away.

The costs of these failed connections and consequent untreated mental illness are enormous. Approximately 16 per cent of the 2 million American men and women in jails and prisons at any one time have a diagnosable mental illness. Perhaps 30 to 40 per cent of our nation's homeless persons have a diagnosable mental illness and some estimates range much higher. Nearly 30,000 people take their own lives each year, and over half a million people visit hospital emergency rooms due to self-inflicted injury. As revealing as these data are, they do not show the loss of hope and productivity suffered by adults and children with untreated mental illnesses, or the burdens so frequently carried by their families.

A major recommendation of the President's commission is the development of mechanisms for comprehensive state-wide planning for mental health service delivery. Significantly, funding for grants to help a number of states begin this process is proposed in President Bush's budget, now before Congress. Despite large cuts proposed in some other mental health programs in that budget, advocates are supportive of this initiative because it is an attempt to address the problem of fragmentation that seems to be one of the root causes of the ineffectiveness of our system.

That is just a brief survey. It has been encouraging to see mental health service delivery and policy studied seriously in recent years by the Surgeon General and the President's commission. It is particularly helpful to see the identification of effective evidence-based practices now under way in the U.S. and to note the emergence of new thinking for organizing and financing mental health services. We still feel, however, that the consequences of our nation's failure to recognize the benefits of effective mental health services are poorly understood by American policy-makers. The stigma remains an immense barrier to this understanding and many productive lives are being lost as a consequence.

difficultés financières. Il n'arrive que trop souvent que les fonds manquent pour répondre aux besoins en réadaptation d'adultes et d'enfants ayant une maladie mentale.

L'incapacité des systèmes parallèles à communiquer entre eux nuit à de nombreux intéressés. Le système de santé mentale n'assure pas une bonne coordination avec ses homologues en matière de logements, d'emplois, d'éducation, de soins de santé, de justice pénale et ainsi de suite. La fragmentation a de nombreuses conséquences. Le moins qu'on puisse dire, c'est qu'elle fait en sorte qu'il est très difficile aux gens qui ont besoin de services de s'y retrouver ou de s'orienter. Beaucoup ne savent pas que des services existent; d'autres sont découragés devant la confusion du système et n'y font tout simplement pas appel.

Le coût de ce manque de communications et donc de l'absence de traitements des maladies mentales est énorme. On peut diagnostiquer la présence d'une maladie mentale chez environ 16 p. 100 des 2 000 000 d'Américains et d'Américaines qui sont détenus en prison. On peut aussi poser un diagnostic de maladie mentale chez 30 à 40 p. 100 des itinérants aux États-Unis, et selon certaines estimations, ce pourcentage serait encore plus élevé. Près de 30 000 personnes se suicident chaque année, et plus d'un demi-million de personnes se présentent à l'urgence après s'être infligées des blessures. Si accablantes que soient ces données, elles ne rendent pas compte du désespoir ni de la perte de productivité des adultes et des enfants qui ont une maladie mentale et qui ne sont pas soignés, pas plus que du fardeau que portent souvent les familles.

Une des principales recommandations de la commission du président consiste à concevoir des mécanismes en vue de la planification à l'échelle de l'État d'un système complet de prestation de services de santé mentale. Fait important, le financement de contributions visant à aider divers États à entamer ce processus fait l'objet d'une proposition dans le budget du président Bush qui est maintenant à l'étude au Congrès. Malgré d'importantes compressions proposées dans ce budget en ce qui concerne d'autres programmes de santé mentale, les militants sont en faveur de cette initiative parce qu'elle vise à régler le problème de la fragmentation qui semble être une des principales causes de l'inefficacité de notre régime.

Ce n'était là qu'un bref aperçu. Il est encourageant de voir que dans les dernières années le directeur du Service de santé publique et la commission du président ont étudié sérieusement la politique des services de santé mentale et le mode de prestation de ces derniers. Il y a lieu de se réjouir tout particulièrement du fait qu'aux États-Unis on est en train en ce moment de cerner d'efficaces méthodes de médecine factuelle et qu'on constate l'apparition de nouveaux modes d'organisation et de financement des services de santé mentale. Nous sentons encore cependant que les artisans de la politique américaine ne comprennent pas encore pleinement les conséquences de notre incapacité à reconnaître les avantages de bons services de santé mentale. Le malaise qui entoure cette question demeure un obstacle majeur à sa compréhension et c'est ainsi que de nombreuses vies demeurent improductives.

On behalf of the campaign for mental health reform, I certainly wish you success in your efforts and again, thank you for the opportunity to have a conversation with you.

The Chairman: I thank you both for your comments.

I have two questions that have begun to trouble us a bit. One has to do with the structure of the system. You both point out the importance of having both the consumer and the consumer's family involved in decisions, which would be an ideal in a much more individualized design to the program. At the same time, to the extent that you move in that direction, you also move away from what most people would think of as a system in the sense that you are introducing a degree of individualization. In this country the more individualized you get and the less broad the system from a public policy standpoint, the worse it is.

It seems to me there are inherently conflicting elements here. One is the clear desire for national set of goals instead of provincial goals and a clear set of programs, all of which by their very nature historically in this country would be very non-individualized. People would be forced to fit into the designs of the program. I should like to know if either of you could comment on that.

The second issue that has come before us repeatedly is the need to deal with the very early identification of issues, particularly with children. That occurs largely within the school system. We have a not insignificant problem in the sense that constitutionally, the federal government has no jurisdiction whatsoever with any part of the education system. Health departments provincially do not deal with the education system either. It operates very much like an island unto itself.

Dr. Hogan talked about incentives. Have you any thoughts on how you get rid of the barriers that do not have anything to do with mental health but have to do with the education system being an island unto itself and the acute care being an island unto itself? The mental health system, which is not a system at all, is floating out there in never-never land. Have you any comments on either of those issues?

Until we begin to address those broad systemic questions, it will be difficult to get a handle on concrete solutions as opposed to putting ourselves in the position of being in favour of good deeds. One thing that caused our last health care report to be pilloried when it was released was precisely that we were very concrete. People are now turning to that document because we had concrete proposals. We are determined to be as operational as possible.

Dr. Hogan would you share your thoughts on those fairly simple questions?

Mr. Hogan: I would agree with what I hear as the premise of your first question. Individualizing the financing of care is likely to increase fragmentation and move away from an equitable and plentiful approach to that care. My response is a little bit of an equivocation. I would say that a broad approach to care must be the foundation. Within that broad approach to care, the place

Au nom de la campagne pour la réforme en santé mentale, je vous souhaite bonne chance et je vous remercie à nouveau de nous donner l'occasion de vous rencontrer.

Le président: Merci à vous deux.

J'ai deux questions qui commencent à nous préoccuper un peu. L'une a trait à la structure du régime. Vous dites tous deux qu'il est important que le consommateur et sa famille participent aux décisions, ce qui serait l'idéal si l'on concevait un régime beaucoup plus individualisé. Par ailleurs, à mesure que vous prenez cette orientation, vous délaissez aussi ce que la plupart des gens conçoivent comme un régime, du fait que vous introduisez une part d'individualisation. Ici, plus le régime se personnalise et moins son assise est élargie du point de vue de la politique d'intérêt public, pire c'est.

Il me semble qu'il y a là des éléments conflictuels. D'abord le désir manifeste d'établir des objectifs nationaux au lieu d'objectifs provinciaux et d'avoir un ensemble clair de programmes, qui de par leur nature et en raison de l'histoire de notre pays ne seraient pas du tout individualisés. Le programme imposerait un moule aux gens. J'aimerais savoir quel est votre avis sur cette question.

La deuxième question qui nous a été posée à maintes reprises a trait à la nécessité de cerner très tôt la nature des problèmes, et plus particulièrement chez les enfants. Cela se fait dans une grande mesure au sein des systèmes scolaires. Nous faisons face à un problème non négligeable du fait qu'en raison de la Constitution le gouvernement fédéral n'a pas du tout compétence en matière d'éducation. Les ministères de la Santé des provinces ne s'occupent pas non plus d'éducation. Celle-ci fonctionne presque isolément.

Le Dr Hogan a parlé de mesures d'encouragement. Pouvez-vous nous dire comment nous défaire d'obstacles qui n'ont rien à voir avec la santé mentale et tout à voir avec un système d'éducation et des soins actifs qui fonctionnent tout à fait isolément? Le système de services de santé mentale, qui n'est pas du tout un système, flotte quelque part dans les limbes. Pourriez-vous répondre à ces deux questions?

Tant que l'on ne s'attaquera pas à ces deux grandes questions systémiques, il sera difficile de concevoir des solutions concrètes et de cesser de se contenter de pieux espoirs. Si notre dernier rapport sur les soins de santé a été mis au pilori à sa parution, c'était précisément parce que nous y proposons des mesures bien concrètes. On revient maintenant à ce document parce que nous y faisons des propositions concrètes. Nous sommes résolu à présenter les propositions les plus concrètes possible.

Docteur Hogan, voudriez-vous nous dire ce que vous répondriez à ces simples questions?

M. Hogan: J'accepte la prémisse de votre première question. L'individualisation du financement des soins de santé va probablement accroître la fragmentation et empêcher une approche équitable et généreuse des soins. Ma réponse est quelque peu nuancée. Je dirais qu'au point de départ il faut avoir une large approche des soins. Dans cette approche, le

where the patient's involvement is really critical is in the negotiation of a plan of care. That negotiation of a plan of care ought to be a partnership. There is a balancing act there.

One should not individualize the financing of care. There should be a broad equitable program. However, there should be encouragement, incentives and supports for physicians and other caregivers to treat consumers and patients as informed co-participants. One thing that we have learned about recovery is that we do not have cures for these illnesses. We can provide treatments, but then people have to learn how to live with the illness and how to accommodate the illness. That works much better when they feel that they are a part of the game and not being treated as an afterthought. That would be my response to your first point.

You are absolutely right about the imperative of early intervention. Our commission spent a considerable of time focusing on that. We are now starting to understand that the cause of many problems for children can be in their mother's depression, as an example. The mother's illness makes it much harder for her to play with her baby and allow the baby to connect those emerging neuro-pathways that allow us to grow up self confident with the ability to develop relationships and to succeed in life. We would do much for later mental health and school success if we did a better job of identifying and treating depression in mothers.

One of the "model programs" the commission recommended we look at is one called the "Nurse-Family Partnership," which was developed a number of years ago in upstate New York. This program involved nurses working with very poor at-risk moms to help them be better parents and address their issues. That effort, which is not a mental health program at all, has had very positive mental health outcomes and resulted in lower school dropout rates and less juvenile delinquency for those kids 15 or more years later.

I would agree with you about the necessity for and the challenges in creating partnerships among schools and health care and mental health providers. In my state, Ohio, we have been working very hard to do this. Our efforts have ended up being largely on a voluntary basis of bringing together the people that are the champions of this approach. We are finding a tremendous movement in that regard. It is by no means complete. Much of it comes from our understanding that, as mental health professionals, we cannot walk into a school and tell a principal that we are from mental health and we are here to help. That is a giant turn-off; it is not relevant to them. However, if we say that we have some skills in helping children with problems including problems of learning, they tend to be very receptive. We can then create a good partnership.

moment où intervient le patient est vraiment critique à la négociation d'un plan de traitement. La négociation de ce plan de traitement devrait se faire dans le cadre d'un partenariat. C'est une question d'équilibre.

Il ne faudrait pas individualiser le financement des soins. Il devrait y avoir un vaste programme qui soit équitable. Cependant, il faudrait des mesures d'encouragement et de soutien pour les médecins et les autres soignants pour les inciter à traiter les consommateurs et les patients comme des participants informés. Une chose que nous avons apprise au sujet du rétablissement, c'est que nous ne pouvons pas guérir les gens de ces maladies. Nous pouvons leur fournir des traitements, mais ils doivent apprendre à vivre avec la maladie et s'en accommoder. On y parvient beaucoup mieux quand ils se sentent intégrés et non pas pris en charge par défaut. Voilà ma réponse à votre première question.

Vous avez tout à fait raison de dire qu'il est impératif d'intervenir tôt. Notre commission a longuement examiné cet aspect. Nous commençons maintenant à comprendre que de nombreux problèmes des enfants peuvent s'expliquer par la dépression de la mère, par exemple. Une mère malade a beaucoup plus de mal à jouer avec son bébé et à stimuler ainsi chez lui de nouvelles connexions neurologiques qui lui permettront d'acquérir la confiance nécessaire pour établir des relations et réussir dans la vie. Nous contribuerions grandement à la santé mentale et à la réussite scolaire des enfants si nous parvenions mieux à diagnostiquer la dépression chez les mères et à les soigner.

L'un des programmes modèles que la commission nous avait recommandé d'examiner s'appelle le Nurse-Family Partnership, qui a été mis au point il y a bien des années dans la région nord de l'État de New York. Dans ce programme, des infirmières travaillent auprès de mères à risque très pauvres pour les aider à mieux prendre soin de leurs enfants et à faire face à ces questions. Ce programme, qui n'est pas du tout un programme de santé mentale, a d'excellents résultats sur la santé mentale et a fait chuter les taux d'abandon scolaire et de délinquance juvénile qu'on aurait pu enregistrer chez ces enfants 15 ans plus tard.

Je reconnais avec vous qu'il est à la fois nécessaire et difficile de créer des partenariats entre les écoles, les services de santé et les fournisseurs de soins de santé mentale. En Ohio, où je vis, nous y travaillons d'arrache-pied. Nous nous efforçons de rassembler, de façon bénévole dans une large mesure, les champions de cette approche. Nous constatons une remarquable tendance en ce sens. Tout n'est pas acquis bien sûr. C'est que nous savons bien, en tant que professionnels de la santé mentale, que nous ne pouvons pas nous présenter à une école et dire au directeur que nous sommes des services de santé mentale et que nous sommes là pour l'aider. On ne peut faire rien de pire pour se le mettre à dos; cela ne les intéresse pas. Cependant, si nous disons que nous avons certaines qualifications pour aider les enfants qui ont des problèmes, notamment des problèmes d'apprentissage, ils ont tendance à se montrer très réceptifs. Nous pouvons alors créer un bon partenariat.

Our approach is to encourage people to think about what might be described as the social, emotional and behavioural side of growing up as a part of the process of schooling. We then encourage our mental health care workers to spend some time in the schools — not to treat kids, but to be available as a resource. That is a bit of an oversimplification.

Mr. Emmet: The answer to both of your questions, at least theoretically, lies within the first stated goal of the New Freedom Commission report, which is that mental health is essential to health. That is obviously a theoretical position and does not give you an operational answer.

I will give you an example of what we as advocates think about when we look at consumer and family choice in services. Many providers are now looking at the field of developmental disabilities. There have been some efforts made in the United States to offer clients of those services a menu of options from which they can choose services that are appropriate for them. Now we are trying to determine if there is an analogue to that in mental health care. Is there a way to do that that makes sense and does not cause the problems Dr. Hogan referred to respect of individualized financing of mental health services, but does give some choice to consumers and families.

With respect to children's issues, there are a number of screening tools and instruments emerging across the country and are being found to be effective. Dr. Hogan talked about the way in which to introduce those to the schools. It is not mental health moving in to say that they can help. Rather, it is a joint enterprise to try to create an environment in which kids can learn. Screening for mental health issues is one of those approaches. It is like screening for hearing problems or other issues that may prevent kids from effective learning.

The Chairman: I am intrigued by your comment that including mental health in the American Disabilities Act began to get mental health issues broader into the public policy sphere. You just said you are beginning to ask yourself the question of whether the policies and programs that deal with the disabled can treat mental illness as a disabling illness as opposed to a sick illness for which you go into an acute care hospital. Have you been able to learn anything from either the public policy approach or the practical approaches to disabilities?

Mr. Emmet: Absolutely. Dr. Hogan described clearly the fact that mental illness is kind of stuck in between health care and disability. We navigate from one to the other as it suits our purposes. However, if you begin to look at mental health in the paradigm of the public health model, and look at ways to prevent mental illnesses from becoming disabling, it fits into the public health paradigm. There is some intersection there. Does that make sense?

The Chairman: Yes.

Notre approche consiste à inciter les gens à voir les aspects sociaux, émotifs et comportementaux comme faisant partie de l'apprentissage. Nous encourageons ensuite nos travailleurs des services de santé mentale à passer du temps dans les écoles, pas pour soigner les enfants, mais pour être disponibles en tant que ressource. Je simplifie à outrance.

M. Emmet: La réponse à vos deux questions, en théorie, tout au moins, se trouve dans le premier objectif énoncé dans le rapport de la New Freedom Commission: faire comprendre que la santé mentale est essentielle à la bonne santé. C'est bien sûr une position théorique et cela ne vous donne pas de réponse concrète.

Je vais néanmoins vous donner un exemple de ce à quoi nous pensons, nous en tant que militants, quand nous réfléchissons aux choix qu'ont les consommateurs et les familles en matière de services. De nombreux fournisseurs de soins se tournent maintenant vers le domaine des déficiences développementales. Aux États-Unis, on s'est efforcé dans une certaine mesure d'offrir aux clients de ces services diverses options qui leur permettent de choisir les services qui leur conviennent. Nous tentons maintenant de voir s'il y a moyen de faire la même chose pour les soins de santé mentale. Y a-t-il un moyen de le faire qui soit raisonnable et ne cause pas de problèmes. Le Dr Hogan a parlé de l'individualisation du financement des services de santé mentale, et cela donne un certain choix aux consommateurs et aux familles.

Pour ce qui est des enfants, divers modes et outils de dépistage apparaissent dans le pays et on en constate l'efficacité. Le Dr Hogan a parlé du moyen de les introduire dans les écoles. Il ne s'agit pas pour les autorités de la santé mentale d'entrer dans les écoles pour dire qu'elles viennent apporter leur aide. Au lieu de cela, on essaie conjointement de créer pour les enfants un climat propice à l'apprentissage. Le dépistage des problèmes de santé mentale est une de ces approches. C'est comme dépister les problèmes d'audition ou d'autres problèmes qui pourraient empêcher les enfants d'apprendre comme il se doit.

Le président: Je suis fasciné de vous entendre dire que l'inclusion de la santé mentale dans la loi dite Americans with Disabilities Act a permis de faire une plus large place aux questions de santé mentale dans la politique d'intérêt public. Vous venez tout juste de dire que vous commencez à vous demander si les politiques et les programmes qui visent les personnes handicapées peuvent traiter la maladie mentale comme une maladie invalidante plutôt que comme une maladie pour laquelle il faut se faire soigner dans un hôpital de soins actifs. Avez-vous pu apprendre quelque chose soit de l'approche qu'on a en matière de politique d'intérêt public ou des approches pratiques qu'on a face aux déficiences?

M. Emmet: Certainement. Le Dr Hogan a clairement décrit le fait que la maladie mentale est pour ainsi dire coincée entre les soins de santé et les déficiences. Nous passons de l'un à l'autre selon que cela nous arrange. Cependant, si l'on commence à voir la santé mentale dans l'optique du modèle de santé publique, et qu'on cherche des moyens d'éviter que la maladie mentale devienne invalidante, cela cadre avec la santé publique. Il y a un certain recoupement. Vous voyez?

Le président: Oui.

The Chairman: Do you want to add to that, Dr. Hogan?

Mr. Hogan: No, I do not think so.

Senator LeBreton: Dr. Hogan, you talked about the fundamentals of mental illness. At one point, you quoted Rosalyn Carter, saying there has been a big change in thinking. I agree with that.

You also talked about the paradox of good treatments being available but not being accessed. Are these low rates of access a result of the stigma, or is it because there is really no entity in government responsible for coordinating and pulling together all the various facets of mental health care? Is the stigma still a big barrier to people seeking access to help; or is it system failure; or both?

Mr. Hogan: The short answer is it really is all of the above. When our President gave his talk kicking off this commission, he posited that there were three big things keeping people from getting the care they needed. The first was stigma, in fact — and we know that still is an issue. The second was the problems in insurance coverage, which are, to some extent, related to the peculiar way in which we handle health insurance coverage in the United States. The third barrier he described was the problem of fragmentation.

His inventory was good. However, it is even more complicated than that. It depends somewhat on the kind of condition that one has. For someone with depression, for example, the very fact of the disease may make them less able to recognize their problem; and it may sap their motivation to do anything about it or to seek help. We also know that for most illnesses, until they get very severe, to come to the attention of public authorities, for example, people are probably most likely to go to their paediatrician or family physician. The training, at least in the United States, that physicians get, and the amount of time they have to work with patients to identify a problem, are inadequate to the task of identifying these sometimes complicated problems where you have to really talk to a person about their behaviour to assess what is going on.

Stigma is a problem. Access to health care generally is a problem. Physicians and others such as teachers are not as able to identify these problems well. Then, after all those problems you get into the supply being adequate.

There is this paradox of how there are many more services now than there were a decade ago, and the people who are lucky enough to use them do well. However, the fact that there are all these services has made things much more complicated at the community level, so families do not know where to turn when a

Le président: Voulez-vous ajouter quelque chose, docteur Hogan?

M. Hogan: Non, je ne pense pas.

Le sénateur LeBreton: Docteur Hogan, vous avez parlé des éléments fondamentaux de la maladie mentale. À un moment donné, vous avez cité Rosalyn Carter, pour dire que les mentalités avaient beaucoup changé. Je suis d'accord.

Vous avez aussi parlé de cette situation paradoxale qui fait que de bons traitements sont disponibles mais qu'on ne s'en prévaut pas. Est-ce que ces faibles taux d'utilisation s'expliquent par la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale, ou est-ce parce qu'il n'y a pas vraiment d'entité gouvernementale chargée de la coordination et de l'organisation de toutes les diverses facettes des soins de santé mentale? Est-ce que cette stigmatisation est encore un grand obstacle pour les gens qui cherchent de l'aide; ou est-ce dû à un manquement du système ou aux deux?

M. Hogan: Pour répondre brièvement, je dirais que c'est un peu tout cela. Quand le président des États-Unis a prononcé son allocution pour lancer cette commission, il a avancé qu'il y avait trois grandes choses qui dissuadaient les gens d'obtenir les soins dont ils avaient besoin. D'abord, cette stigmatisation, en fait — et nous savons que cela pose toujours un problème. Deuxièmement, il y avait les problèmes de couverture d'assurance, qui dans une certaine mesure sont liés à la façon particulière dont nous envisageons la couverture de l'assurance-maladie aux États-Unis. Le troisième obstacle qu'il a décrit était le problème de la fragmentation.

Son analyse était bonne. Cependant, c'est encore plus compliqué que cela. Les choses dépendent dans une certaine mesure de l'état de santé dans lequel on se trouve. Pour quelqu'un atteint de dépression, par exemple, la maladie même peut faire en sorte que cette personne soit moins en mesure de reconnaître l'existence de son problème; elle peut se trouver ainsi moins motivée à s'occuper de son état ou à demander de l'aide. Nous savons aussi que pour la plupart des maladies, tant que la situation n'est pas très grave, au point de parvenir à l'attention des autorités publiques, par exemple, les gens vont tout probablement aller consulter leur pédiatre ou leur médecin de famille. Tout au moins aux États-Unis, l'information que reçoivent les médecins et le temps qu'ils ont à consacrer aux patients pour dépister un problème ne leur permettent pas de relever ces problèmes parfois compliqués où il faut vraiment discuter avec le patient de son comportement pour évaluer ce qui se passe.

La stigmatisation entourant la maladie mentale est un problème. L'accès à l'ensemble des soins de santé pose un problème. Les médecins et d'autres, comme les enseignants, ne sont pas aussi en mesure de dépister ces problèmes qu'ils devraient l'être. Puis, outre tous ces problèmes, il faut parler de l'adéquation de l'offre.

Paradoxalement, il existe beaucoup plus de services maintenant qu'il n'y en avait il y a une dizaine d'années, et ceux qui ont la bonne fortune d'y recourir s'en portent bien. Cependant, la multiplication de tous ces services fait que les choses se sont beaucoup compliquées à l'échelle communautaire, si bien que les

problem is emerging. That is the challenge of fragmentation. It is a complicated problem, and I may have muddled it because I think your description was really quite clear.

Senator LeBreton: Mr. Emmet, you talked about deinstitutionalization. We have the same problem in this country, taking people out of controlled mental health facilities and more or less putting them on the street. Has deinstitutionalization contributed to the problem, and then extrapolated down to even higher numbers of people suffering from mental illnesses? Where do these people go, in the United States context, or do they fall into the same pattern they have in this country whereby a lot of them ending up in our penal institutions?

Mr. Emmet: It is too simplistic to say that people left the hospitals and wound up in the penal institutions. First, deinstitutionalization has been going on for some time now, and we see that the people who are entering the criminal justice system are very different people today.

In many ways, deinstitutionalization was a great success. There were many people who did not belong in the institutions, and they did leave and start living productive lives — or at least far better lives than they had in the institutions. The problem over time has been that people who formerly would have gone to institutions have not been able necessarily to get the services they need. Therefore, they have wound up being homeless or being involved in the criminal justice system. Many of them have wound up, in fact, in the community mental health system doing pretty well. It is a more complex equation than just that.

Senator LeBreton: I did not mean to suggest that. However, did that not create a problem for the system because many of these people did not belong in these institutions, as you quite rightly pointed out? Most of them went back into the care of their families, but did that not then create a whole other set of problems in the communities?

Mr. Emmet: Absolutely.

Senator LeBreton: What have they done in the United States to try to address that gap?

Mr. Emmet: One of the results of deinstitutionalization was the rise of the family movement, and the rise of the consumer movement in the United States. That was a positive by-product because it created an advocacy base for improved services for people with mental illness. It did not solve the problem for many people because, frankly, the funding was not there for the community services that were promised for people coming out of the institutions.

The problem of closing down the institutions and turning to a community system is something that Dr. Hogan could speak to very well. It has created a whole different set of problems in the

familles ne savent pas à qui s'adresser quand un problème surgit. C'est l'inconvénient de la fragmentation. C'est un problème compliqué, et j'ai peut-être brouillé les pistes car je pense que votre description était vraiment tout à faire claire.

Le sénateur LeBreton: Monsieur Emmet, vous avez parlé de désinstitutionnalisation. Nous avons le même problème ici, c'est-à-dire qu'on a retiré des patients d'établissements de santé mentale pour les abandonner plus ou moins dans la rue. La désinstitutionnalisation a-t-elle aggravé le problème et fait augmenter le nombre de gens qui souffrent de santé mentale? Où vont ces gens, aux États-Unis? Leur arrive-t-il la même chose qu'ici où un bon nombre d'entre eux aboutissent dans des établissements carcéraux?

M. Emmet: C'est simplifier à outrance que de dire que les gens quittent les hôpitaux pour aboutir dans des prisons. D'abord, la désinstitutionnalisation ne date pas d'hier et nous constatons que les gens qui ont affaire au système de justice pénale sont aujourd'hui très différents.

À bien des égards, la désinstitutionnalisation a été une grande réussite. Il y a bien des gens qui n'auraient pas dû se trouver en institution, et ils en sont partis et ont commencé à mener des vies productives — ou tout au moins à avoir des vies beaucoup plus intéressantes que celles qu'ils auraient menées en institution. Le problème qui s'est posé avec le temps, c'est que des gens qui autrefois auraient été placés en institution n'ont pas été nécessairement en mesure d'obtenir les services dont ils avaient besoin. Par conséquent, ils ont fini par devenir itinérants ou avoir des démêlés avec la justice. Beaucoup de ceux qui ont été pris en charge par le système communautaire de santé mentale s'en tirent plutôt bien. C'est beaucoup plus complexe qu'on ne le pense.

Le sénateur LeBreton: Ce n'est pas ce que je voulais dire. Quand même, est-ce que cela n'a pas créé un problème pour le système parce que beaucoup d'entre eux n'auraient pas dû se trouver dans ces établissements, comme vous l'avez très justement dit? Beaucoup d'entre eux sont retournés dans leurs familles, mais est-ce que cela n'a pas créé tout un nouvel ensemble de problèmes dans les collectivités?

M. Emmet: Effectivement.

Le sénateur LeBreton: Qu'a-t-on fait aux États-Unis pour tenter de combler cette lacune?

M. Emmet: La désinstitutionnalisation a notamment eu pour effet d'entraîner la montée du mouvement de défense des familles et des consommateurs aux États-Unis. C'est une conséquence positive parce qu'elle a entraîné l'apparition d'un mouvement militant pour l'amélioration des services aux personnes atteintes de maladie mentale. Le problème n'a pas été résolu pour autant pour de nombreuses personnes parce qu'à vrai dire, on ne disposait pas du financement nécessaire pour assurer les services communautaires promis pour aider les gens sortant des institutions.

Le Dr Hogan pourrait vous parler de façon très éloquent de problème de la fermeture des institutions et du recours au système communautaire. Il en est résulté tout un nouvel ensemble de

financing of mental health services at the state level. I do not know whether that is fair to kick the question back over to Dr. Hogan, but —

Senator LeBreton: I saw him react when I asked the question, so I will do just that.

Mr. Hogan: I do not know how this has played out in Canada. One of the challenges in the United States is that it was easier to budget for the bricks and mortar and payroll of the institutions than it has proved to be to budget for this complicated, decentralized care system. I have a sneaking suspicion, that is buttressed by some data, that mental health funding over time has fared poorly in that it is harder for governors and legislators to keep their eyes to this very decentralized, dispersed system. It was easier to fund the institution because you had a certain number of beds to staff, and a negotiated labour contract for which you had to cover the costs. When it got turned over to local government, it became a little bit out of sight, out of mind. That may be the complaint of a bureaucrat who does not believe that he is getting enough money, but I think there is some truth to it.

We have not figured out how to make community care, in a sense, as solid as the hospitals were. I would underline one point that Mr. Emmet made: None of us in the field would argue for a minute that we ought to go back. The system of institutions failed to touch most people. Those whom it did touch were confined very expensively and they did not get better. They received “three hots, a cot and health care,” but they were never able to get a life. We cannot go back to that situation but we have not yet solved the problem of creating a care system that is well organized and robust enough to do a good job.

I will go back to something Mr. Emmet said. I do not know how this has been in Canada but by and large in the United States, services for people who have mental retardation are probably, on average, better than are the services for people with a mental illness. Part of that is because of the arcane ways in which our federal Medicaid program funds services more generally for the developmentally disabled. The community services for people who are mentally retarded in this country tend to be better organized, have a clearer advocacy and have more money. Partly due to the disability, folks with mental retardation need to be constantly tended to, whereas people with a mental illness are apt to be more physically and mentally independent. Thus, mental illness is a more complicated problem, in a way.

If it is as true in Canada as it is in the U.S. that things are better in some ways for the mentally retarded than for the mentally ill, some of the ways that services are organized might provide a model. That would not be the actual service delivery but rather

problèmes de financement des services de santé mentale à l'échelle de l'État. Je ne sais pas si je peux renvoyer la question au Dr Hogan, mais...

Le sénateur LeBreton: Je l'ai vu réagir quand j'ai posé la question, et c'est donc ce que je vais faire.

M. Hogan: Je ne sais pas comment les choses se sont passées au Canada. Mais aux États-Unis il était plus facile de financer la gestion traditionnelle et la masse salariale des institutions que de financer ce complexe système de soins décentralisés. Je soupçonne, et des données tendraient à le montrer, que le financement des services de santé mentale a éprouvé des difficultés au fil du temps parce qu'il est plus difficile pour les gouverneurs et les législateurs de surveiller ce système dispersé et très décentralisé. Il était plus facile de financer les institutions parce qu'on avait un certain nombre de lits pour lesquels il fallait assurer une dotation, et une convention collective qui coûtait tant. Une fois tout cela remis aux autorités locales, c'est comme si l'on s'était dit loin des yeux loin du coeur. Ce sont peut-être là les doléances d'un bureaucrate qui ne croit pas obtenir suffisamment d'argent, mais je pense qu'il y a là un fond de vérité.

Nous ne sommes pas parvenus à faire en sorte que les soins communautaires, d'une certaine manière, soient aussi solides que l'étaient les hôpitaux. J'aimerais souligner une chose qu'a dite M. Emmet: personne d'entre nous qui oeuvrons dans ce domaine n'oserait prétendre un seul instant que nous devrions faire machine arrière. Le système des institutions n'est pas parvenu à joindre la plupart des gens. Dans les cas où il y est arrivé, ces gens étaient gardés à grands frais et n'ont pas vu leur condition s'améliorer. Ils avaient trois repas chauds par jour, un lit et des soins de santé, mais ils n'ont jamais pu vraiment vivre. Nous ne pouvons pas revenir à cette situation mais nous n'avons pas encore réglé le problème qui consiste à créer un système de soins bien organisé et suffisamment solide pour faire du bon travail.

J'aimerais reparler d'une chose qu'a dite M. Emmet. Je ne sais pas ce qu'il en est au Canada mais la plupart du temps aux États-Unis les services offerts aux gens qui ont une déficience mentale sont probablement meilleurs que les services offerts à ceux qui ont une maladie mentale. C'est sans doute dû en partie à la façon compliquée dont notre programme fédéral Medicaid finance les services destinés de façon plus générale à la déficience mentale. Les services communautaires pour les gens qui ont une déficience mentale dans votre pays ont tendance à être mieux organisés, à compter sur un meilleur groupe de défense de leurs droits et ont plus d'argent. En raison notamment de leur situation, les personnes ayant une déficience mentale doivent être constamment prises en charge, tandis que les gens qui ont une maladie mentale sont en mesure d'être plus indépendants physiquement et mentalement. Par conséquent, la maladie mentale est un problème plus compliqué, d'une certaine façon.

S'il est tout aussi vrai au Canada qu'aux États-Unis que les choses sont d'une certaine façon plus simples pour les personnes ayant une déficience mentale que pour les gens qui ont une maladie mentale, certaines des façons dont les services sont

the organization and financing of the services.

The Chairman: Anecdotally, I am sure it is true that people who are mentally challenged in Canada do, in fact, receive better service than many others with different mental illnesses. That could be partly because the problem has been recognized for a longer time.

Senator Keon: Mr. Hogan, this is a tremendously interesting area that you are focusing on right now and we have much in common with you. You said in your remarks to not individualize financing. We are committed to a single payer. By the same token, a single payer is giving us big problems when it comes to the big institutions. The single payer is bureaucratic, inefficient, et cetera. Many of us are pushing for a downsizing of that component of our system and, we hope, a sophisticated reorganization of our primary care systems that would allow us to deliver primary care, public health and mental health through the same community clinics.

In Canada, because we are committed to the single payer, we might be able to achieve this. We have to draw the line between the single payer and a paralyzing bureaucracy. I would like to hear your thoughts on how we might glean efficiencies in the community by organizing the community in such a way that, for example, sparsely populated regions could receive one-tenth of a public health officer, one-tenth of a mental health officer and 80 per cent of a family practitioner, be that a nurse practitioner or physician. Would you respond to that, please?

Mr. Hogan: That is a complicated and intelligent question. Some of what I might say may not transfer well. As you were talking, I thought about the limited amount that I know from this fellow that I mentioned, psychiatrist Dr. Hugh Lafave, who worked in Saskatchewan in the 1960s. I heard from him and others about what, at that time, was deemed to be quite successful in mental health reform long before anyone in the United States. The foundational elements of that reform were: first, a strong health care system that provided access to basic health care services, including hospitalization for mental illness as required on a par with hospitalization for any other illness; second, clinics where people could receive medical care; third, a strong reliance on family care, whether the natural family or a family that could be engaged to provide housing and a little oversight for people; and fourth, social workers to organize all of the above. It was quite a simple approach that blended elements of good health care with some of the special requirements for caring for people with mental illness. That is one comment that I would make in response to your question because it is wise to see your single-payer system as the first line of defence for mental health care and to beef up the expectations on that system to diagnose people and to provide routine care for many conditions.

organisés pourraient servir de modèle. Il ne s'agirait pas de s'inspirer du modèle de prestation des services en tant que tel, mais plutôt de l'organisation et du financement des services.

Le président: Soit dit en passant, je suis sûr qu'il est vrai que les gens qui ont une déficience mentale et qui vivent ici au Canada bénéficient en fait de meilleurs services que bien des gens qui sont atteints de maladie mentale. C'est peut-être parce qu'on a reconnu depuis longtemps l'existence du problème.

Le sénateur Keon: Monsieur Hogan, vous vous penchez sur une question extrêmement intéressante et les situations de nos deux pays comportent de nombreux points communs. Vous avez dit dans vos observations qu'il ne fallait pas individualiser le financement. Nous sommes liés à un payeur unique. De ce fait, un payeur unique nous cause de grandes difficultés quand il est question des grandes institutions. Le payeur unique est bureaucratique, inefficace et que sais-je encore. Nous sommes nombreux à demander qu'on rationalise cette composante dans notre système et nous misons sur une réorganisation poussée de nos systèmes de soins primaires qui nous permettrait de fournir des soins primaires, d'assurer des soins de santé publique et de santé mentale par l'intermédiaire des mêmes cliniques communautaires.

Au Canada, parce que nous sommes liés à un payeur unique, nous pourrions y parvenir. Nous devons établir une distinction entre le payeur unique et une bureaucratie paralysante. J'aimerais savoir comment à votre avis nous pourrions améliorer l'efficacité à l'échelle communautaire en organisant la collectivité de manière que, par exemple, des régions peu peuplées puissent bénéficier du dixième des services d'un agent de santé publique, du dixième des services d'un agent de santé mentale et de 80 p. 100 des services d'un médecin de famille, que ce soit une infirmière praticienne ou un médecin. Pourriez-vous répondre à cela, s'il vous plaît?

M. Hogan: C'est une question complexe et astucieuse. Des choses que je dirai pourraient ne pas s'appliquer chez vous. En vous écoutant, je me disais que je savais peu de choses de ce psychiatre que j'ai mentionné, le Dr Hugh Lafave, qui a travaillé en Saskatchewan dans les années 60. À l'époque, je l'avais entendu lui et d'autres parler de ce qui était censé être une réforme très réussie en santé mentale, bien avant qu'on en entende parler aux États-Unis. Cette réforme reposait sur des éléments fondamentaux: d'abord, un solide système de soins de santé assurant un accès à des services de santé de base, notamment l'hospitalisation pour maladie mentale au besoin au même titre que l'hospitalisation pour toute autre maladie; deuxièmement, des cliniques où les gens pourraient recevoir des soins médicaux; troisièmement, une forte dépendance à l'égard des soins donnés par la famille, qu'il s'agisse de la famille naturelle ou d'une famille qui pourrait s'engager à accueillir les patients et à leur assurer une légère surveillance; et quatrièmement, des travailleurs sociaux pour organiser tout ce qui précède. C'était une approche assez simple qui amalgamait de bons soins de santé à certaines des mesures spéciales qu'il faut prendre pour soigner des gens qui ont une maladie mentale. C'est ce que je répondrais à votre question parce qu'il est avisé de considérer votre système à payeur unique comme la première ligne de défense pour les soins de santé

Having said that, for people with the more complicated illnesses such as bipolar disorder or schizophrenia, I believe there is no evidence and no logic suggesting that a single health care system can adequately provide the appropriate care. Their illnesses are so complex and have dimensions of rehabilitation and other things that extend beyond the capacity of the health care system. The notion that you would begin with an emphasis on mental illness in the health care system and then look to complement that with what might be described as a specialty program for some people does make some sense to me.

There are some models in the United States but our health care system is so different. However there are some very good models that would fall under what has generally become the distasteful term of “managed care,” whereby a company or in some cases a government is engaged, usually at a capitated rate, to provide a specialty care — for example, for a population of people with mental illness — in consultation and cooperation with primary care. The notion of managed care that has a specialty orientation to mental illness working in concert with a unitary health care system works exceptionally well where it is done well.

I might refer you to a gentleman by the name of Dr. Saul Feldman, Chairman and Chief Executive Officer of United Behavioural Health in San Francisco. It is a large, private company that works under contract with employers and, in some cases states, to coordinate care.

An additional one-liner about this issue is that managed care, funded adequately and done well, seems to be the best approach. The trouble is, often it is not funded adequately in the States and, if it is done poorly, it becomes a disaster.

I may be rambling somewhat but I come back to this notion of relying on the single-payer system as the first line of defence but then recognizing there has to be some kind of specialty entity that takes responsibility for mental health care. That entity has got to work in partnership with the primary-care system and has got to well-manage care for people with more complex illnesses.

Senator Morin: I would like to recognize the remarkable contribution the United States has made in the field of innovation and research in mental disease. We have profited from this in Canada and, I think, throughout the world. This is to follow up on the comments that the chair made at first, concerning the fact that we have a universal health care system but we all strive to practice quality American medicine here in Canada and elsewhere in the world for sure.

I would like to address the matter of costs and cost containment. As you know, in this country we are worried about the sustainability of our universal health care system. Mr. Hogan, did you put a dollar sign on your reforms? If I

mentale et d'accroître les attentes qu'on a à l'égard de ce système pour qu'il soit en mesure de poser des diagnostics et de fournir des soins courants pour de nombreuses conditions.

Ceci dit, pour les gens atteints de maladies plus complexes, comme le trouble bipolaire ou la schizophrénie, je crois qu'il n'y a ni preuve ni logique suggérant qu'un système de soins de santé unique soit apte à fournir les soins appropriés. Leurs maladies sont si complexes qu'elles ont des aspects de réhabilitation et autres qui dépassent les capacités du système de soins de santé. Il y a par contre une notion qui me paraît sensée: commencer en mettant l'accent sur la santé mentale dans le système de soins de santé, puis offrir en complément ce que l'on pourrait décrire comme un programme spécialisé pour certaines personnes.

Il existe des modèles aux États-Unis, mais notre système à nous de soins de santé est fort différent. Il existe toutefois de très bons modèles, qui relèvent de ce que l'on appelle du bout des lèvres les «soins gérés», où une société ou parfois un gouvernement s'engage à fournir des soins spécialisés, généralement sur une base de paiement par capitation — par exemple, pour une population de personnes atteintes de maladie mentale — en consultation et en coopération avec les soins primaires. Le concept de soins gérés orientés spécialement vers la maladie mentale et offerts de concert avec un système de soins de santé monolithique fonctionne exceptionnellement bien, quand on s'y prend comme il faut.

Je vous renvoie à ce sujet à un monsieur du nom de Saul Feldman, président-directeur général de United Behavioural Health, à San Francisco. C'est une grosse société privée qui travaille sous contrat avec des employeurs et, dans certains cas, avec des États, pour coordonner les soins.

Une dernière petite remarque... Les soins gérés, s'ils sont financés de façon adéquate et bien pratiqués, semblent être la meilleure approche. Le problème est que souvent, aux États-Unis, ils ne sont pas financés de façon adéquate, et si l'on s'y prend mal, cela devient un désastre.

Je m'éloigne peut-être un peu mais j'en reviens à la notion de faire confiance à un système à payeur unique, comme première ligne de défense, mais ensuite de reconnaître qu'il faut une entité quelconque de spécialisation, qui assume la responsabilité des soins de santé mentale. Cette entité doit travailler en partenariat avec le système de soins primaires et doit bien gérer les soins pour les personnes souffrant de maladies plus complexes.

Le sénateur Morin: Je tiens à souligner la contribution exceptionnelle des États-Unis en matière d'innovation et de recherche dans le domaine de la santé mentale. Le Canada en a profité, comme, d'ailleurs, à mon sens, le reste du monde. C'est quelque chose que je voulais ajouter aux observations d'ouverture du président, comme quoi nous avions un système de soins de santé universel mais nous nous efforcions de pratiquer une médecine de qualité américaine, ici au Canada et ailleurs dans le monde, manifestement.

Je voudrais aborder la question des coûts et de la compression des coûts. Comme vous le savez, les Canadiens se préoccupent de la durabilité de leur système de soins de santé universel. Monsieur Hogan, avez-vous chiffré vos réformes? Si je comprends bien,

understand correctly, you are now spending over \$100 billion in direct costs for mental illness in the States. How much more would that have cost if we implemented your reforms?

Mr. Hogan: That is a very good question. Considering that we were charged by this particular president, we were encouraged to be not particularly expensive or explicit about expense with respect to innovations. We did not put a price tag on them. In fact, the president's executive order encouraged us to look first for economies and efficiencies although they did not slap our wrists and tell us to avoid recommending anything that costs money. A number of recommendations we have made will cost money. We did not put a price tag on the costs of the reforms.

I am not sure if this is explicit or implicit in our report, but we know from national data in the United States, that we spend more on the costs that are attributable for not providing mental health than we do for providing that care. That is out of sync with the rest of health care. For example, with respect to cancer or heart disease we spend more to treat it than we spend on the costs that are attributable to not providing that treatment.

The biggest single expenditure attributable to mental illness in this country is disability payments for people who have become disabled by mental illness. We send them a cheque every month. It is not adequate enough to live on. Essentially we make a deal with them that they have to stay disabled in order to get that cheque, which is a terrible situation. If we were to provide better care to them and help them get a job — it might not be a full-time, 40-hour job — everybody would be much better off.

I do not want to beat around the bush too much. We did not cost out many of our recommendations. We tried to be moderate about them. We worked with this notion in mind that mental illness costs us more via non-treatment than via treatment in this country.

Senator Morin: I would like to talk about managed care. I realize that managed care has had bad press recently. I was very happy to hear that there are specialized health maintenance organizations, HMOs, which function well. What is your impression of more general types of HMOs, Kaiser Permanente, for example, in treating mental illnesses? What is the record of cost containment in these areas?

Mr. Hogan: The good HMOs who have tended to focus on these issues as a part of their general responsibility, have done a very good job with respect to those mental illness that can be cared for in a clinical setting: many cases of depression; many cases of attention deficit disorder for children; anxiety disorders. Therefore, Kaiser or the program in the northwest part of the country that used to be called Puget Sound have done excellent work in this regard. Those examples would tend to buttress my notion that reliance on the primary care system is a very good

vous dépensez à présent plus de 100 milliards en coûts directs pour la maladie mentale aux États-Unis. Quelle somme supplémentaire dépenseriez-vous si vos réformes étaient appliquées?

M. Hogan: Excellente question. Quand le président actuel nous a confié la mission, c'était en nous encourageant à ne pas être trop diserts ni explicites quant aux dépenses liées aux innovations. On ne les a pas chiffrées. En fait, le décret du président nous encourageait à rechercher d'abord des économies et des efficacités, sans toutefois que nous nous fassions taper sur les doigts ni dire d'éviter toutes recommandations susceptibles de coûter de l'argent. En fait, un certain nombre de nos recommandations coûteront de l'argent. Mais nous n'avons pas chiffré le coût des réformes.

Je ne sais pas si cela est explicite ou implicite, dans notre rapport, mais les données nationales dont on dispose aux États-Unis montrent qu'on dépense plus pour les coûts attribuables à l'absence de soins de santé mentale qu'aux soins de santé mentale eux-mêmes. C'est quelque chose qui ne correspond pas à ce qui se passe dans le reste des soins de santé. Par exemple, en matière de cancer ou de maladie cardiovasculaire, on consacre plus d'argent aux traitements qu'aux coûts découlant de l'absence d'un traitement.

Quelle est la plus grosse dépense liée à la maladie mentale chez nous? Ce sont les paiements d'invalidité versés aux gens devenus invalides du fait de la maladie mentale. Nous leur envoyons un chèque chaque mois — pas assez pour vivre décemment. Cela revient à leur dire qu'ils doivent rester invalides pour bénéficier de ce chèque, ce qui est une situation terrible. Si nous leur donnions de meilleurs soins et si nous les aidions à trouver un travail — pas nécessairement un travail à plein temps, à raison de 40 heures par semaine — chacun s'en porterait beaucoup mieux.

Je ne veux pas tourner autour du pot. Dans la plupart des cas, nous n'avons pas chiffré le coût de nos recommandations. Nous nous sommes efforcés de rester modérés. Nous avons travaillé avec l'idée que la maladie mentale nous coûtait plus en n'étant pas traitée qu'en étant traitée.

Le sénateur Morin: Je voudrais parler des soins gérés. Je sais qu'on en a dit du mal dernièrement. J'ai été très heureux d'apprendre qu'il existait des organisations de soins de santé intégrées, des OSSI, qui fonctionnaient bien. Que pensez-vous des OSSI plus générales, comme Kaiser Permanente, par exemple, quand il s'agit de traiter la maladie mentale? Est-ce qu'on parvient à limiter les coûts dans ces domaines?

M. Hogan: Les bonnes OSSI se sont généralement penchées sur ces questions dans le cadre de leurs responsabilités générales. Elles ont fait un très bon travail en ce qui concerne les maladies mentales que l'on peut traiter dans un cadre clinique: de nombreux cas de dépression; de nombreux cas d'hyperactivité avec déficit de l'attention chez les enfants, les désordres affectifs. Bref, dans ces domaines, tant Kaiser que le programme de la partie nord-ouest du pays qui s'appelait Puget Sound ont fait un excellent travail. Ce sont des exemples qui tendraient à appuyer

place to start, but it is not sufficient for those with complicated disorders.

Senator Cook: I come from Newfoundland, where a family unit is still very much a caring community. I do not mean siblings or whatever; I mean the social framework of a community. In your system, have you entered into partnerships with NGOs? I am speaking specifically of churches. In my community, and the faith that I belong to which is the United Church of Canada, we have programs within the community for the homeless and we embark on all kinds of innovative things.

We have something like a couple of hundred people now with mental disorders — some of whom are psychotic — who are living in sheltered housing, where the agency takes the risk and the government puts the money up front and the consumer pays. We have had some good successes with that to the point where some of the members of the communal living, manage their own system and they sit on the greater board. We encourage them to hone their coping skills and eventually they are able to move on notwithstanding that jobs are always a challenge.

Through that process, the medication has always concerned us. It is easy to get another prescription. It is far more difficult to work yourself through the system where you are not dependent on that and you build your own self-esteem. Have you done any work of that nature?

Mr. Hogan: My comment would be that we have tended to become, in the United States, far too sophisticated to do things like that, that work much better. The pace of life goes faster, families live in the suburbs, and mom and dad are both working to try to make ends meet. We do not have enough of that social fabric in many locations. There is not much that I am aware of that I could teach you at all about any of that. Frankly, it sounds like a better approach than what we have, much of which is trying to determine a better way to spend people's money. It is a wonderful approach.

We do know, for example, that pastors — there was some research on this a number of years ago — come in contact or have more “mental health contacts” than all mental health professionals put together. That is where people will often go if they are having troubles. In the mental health system, we do not tend to work all that well with the faith community and with others.

Senator Cook: I should add, for the benefit of my colleagues, that although it is under the umbrella of the church, which ultimately takes the risk, it is very much a community-based board with consumers of mental health sitting on that board. It is a partnership.

In my province, about 30 years ago, we deinstitutionalized our one mental hospital and went to a community-based program, sadly, without enough social supports from the government, but we managed. Out of that need came what we have today. We still have many people who are consumers living alone in boarding

ma théorie, selon laquelle il est bon de commencer par se fier aux soins primaires, mais cela n'est pas suffisant dans le cas de désordres compliqués.

Le sénateur Cook: Je viens de Terre-Neuve, où une cellule familiale reste une communauté qui prend les choses à coeur. Je ne parle pas des frères et soeurs ni de choses de ce genre; je parle du tissu social d'une collectivité. Dans votre système, avez-vous conclu des partenariats avec des ONG? Je parle plus particulièrement des églises. Dans ma communauté — je fais partie de l'Église unie du Canada — nous avons des programmes au sein de la collectivité pour les sans-abri et nous entreprenons toutes sortes d'initiatives innovatrices.

Nous avons aujourd'hui peut-être 200 personnes atteintes de désordres mentaux, certaines psychotiques, qui vivent dans des foyers. Dans ces cas, c'est l'organisme qui prend le risque, le gouvernement qui avance les fonds et le consommateur qui paye. C'est un système qui donne de bons résultats; d'ailleurs nous avons même des membres de l'hébergement communautaire qui gèrent leur propre système et qui siègent au conseil élargi. Nous les encourageons à améliorer leurs capacités à faire face à la vie de tous les jours et, un jour ou l'autre, ils seront capables de passer à autre chose, d'aller de l'avant, bien qu'avoir un travail reste toujours un défi.

L'approche médicalisée nous a toujours préoccupés. Il est facile d'obtenir une autre ordonnance. Il est beaucoup plus difficile de se sortir du système, d'arriver au point où on cesse d'être dépendant et où l'on peut avoir une bonne estime de soi. De votre côté, avez-vous mené des initiatives de ce type?

M. Hogan: Je crains qu'aux États-Unis nous ne soyons devenus trop sophistiqués pour faire des choses de ce genre, qui fonctionnent bien mieux. La vie est plus trépidante, les familles vivent en banlieue, le père et la mère travaillent tous les deux pour boucler les fins de mois. Ce tissu social fait défaut dans bien des localités. Dans ce domaine, je ne vois pas bien ce que je pourrais vous apporter. Pour tout dire, votre approche semble préférable à la nôtre qui consiste, pour l'essentiel, à essayer de trouver une meilleure façon de dépenser l'argent des gens. Votre approche est merveilleuse.

Ainsi, on sait pertinemment que les pasteurs ont plus de contacts ayant trait à la santé mentale que tous les professionnels de la santé mentale réunis. C'est quelque chose qu'a prouvé une recherche, il y a quelques années. C'est souvent à eux que les gens s'adressent s'ils ont des difficultés. Or, dans le système des soins de santé mentale, nous ne travaillons pas très bien généralement avec les représentants des églises et d'autres.

Le sénateur Cook: Je voudrais ajouter, pour mieux informer mes collègues, que l'église chapeaute l'initiative et assume le risque mais que le conseil est un organisme communautaire où siègent des consommateurs de la santé mentale. C'est un partenariat.

Dans ma province, il y a environ 30 ans, nous avons désinstitutionnalisé l'un de nos hôpitaux psychiatriques et sommes passés à un programme qui s'appuie sur la collectivité. Hélas, cela s'est fait sans beaucoup d'aide sociale de la part du gouvernement, mais nous nous sommes débrouillés. C'est le

houses with few creature comforts. However, we have opened social centres and have gone from a place where it just was a place to be warm or watch TV to getting grants for literacy programs where student nurses come in to do part of their affiliation. It is all done within the community and not a lot of money is spent. It is coordinated. We run about 140 people through our one social centre each day — which is a pretty good average. Eventually, they are able to move on, but they will always go to that centre because that is their family.

I would like to see such a program housed in community health, because they have various needs, too. They get earaches, toothaches and other aches other than coping with their mental illness. We should be creating an environment in our society that addresses the total person.

Mr. Emmet: We do have a significant amount to learn from that type of structure.

In the United States, we are finding that specific communities — that is to say African Americans or the Latino-Hispanic population — really do not avail the public mental health system in great numbers. We know that there is a great deal of stigma involved. We do know, however, that they work through the churches and different community organizations to try to address their problems.

We need to understand how to make appropriate services available to those populations through their existing community structures rather than have them break down those structures that work for them in so many ways and accept the mental health system as it has been conceived to this point. We could learn a great deal from what you are doing in Newfoundland and elsewhere.

Senator Cook: If you meet peoples' needs where they are, the silos will not go up. Adequate funding for NGOs is an opportunity to care for people when they are at a most vulnerable point.

Mr. Emmet: In the United States, we do talk a great deal about meeting peoples' needs where they are. Assertive community treatment is a program that is meant to meet people where they are — in coffee shops, in their apartments and in social settings that are comfortable for them. We talk a great deal about that. Whether we are able to achieve that on a grand scale, I am not sure.

The Chairman: Mr. Hogan, given the industrialized nature of Ohio and the problem that you commented on a minute ago, are you attempting to do, as Mr. Emmet suggested, even pilot projects that attempt to meet people where they are or, as Senator Cook put it, in the community setting? Or are you, like our health care system, very much driven to institutions of some form?

besoin qui a créé ce que nous avons aujourd'hui. Il reste de nombreux consommateurs de soins qui mènent des vies précaires dans des pensions. Nous avons toutefois ouvert des centres sociaux et ils ont évolué, passant d'un endroit où on venait se réchauffer et regarder la télévision à un endroit obtenant des subventions pour des programmes d'alphabétisation et bénéficiant de stages d'infirmières venues y effectuer une part de leur affiliation. Tout ceci s'effectue au sein de la collectivité, sans qu'on dépense beaucoup d'argent. Il y a de la coordination. Environ 140 personnes passent par notre centre social chaque jour, ce qui est une moyenne honorable. Un jour ou l'autre, ils seront en mesure d'aller plus loin, de continuer leur chemin, mais ils reviennent toujours au centre parce que c'est leur famille.

J'aimerais voir un programme de ce genre intégré à la santé communautaire, parce que ce sont des gens qui ont également d'autres besoins. Ils ont des maux d'oreilles, des maux de dents et des problèmes autres que leur maladie mentale. Nous devrions créer dans notre société un environnement qui se soucie de la personne dans son intégralité.

M. Emmet: C'est une structure qui a beaucoup à nous apprendre.

Aux États-Unis, on constate que certaines communautés — les Afro-américains et les Latino-américains — font rarement appel aux systèmes de soins de santé quand il s'agit de maladies mentales. La stigmatisation y est pour beaucoup. Toutefois, on sait aussi qu'ils s'adressent aux églises et à d'autres organismes communautaires pour essayer de faire face à leurs problèmes.

Il nous faut voir comment mettre des services appropriés à la disposition de ces gens par le biais des structures communautaires qui existent plutôt que de démanteler ces structures, qui rendent de nombreux services à ces gens, et d'imposer le système de soins de santé mentale tel qu'il est conçu aujourd'hui. Nous aurions beaucoup à apprendre de ce qui se fait à Terre-Neuve et ailleurs.

Le sénateur Cook: Si on répond aux besoins des gens là où ils se trouvent, on évite la compartimentalisation. Accorder aux ONG un financement adéquat permet d'apporter des secours aux gens au moment où ils sont les plus vulnérables.

M. Emmet: Aux États-Unis, on parle beaucoup de répondre aux besoins des gens là où ils sont. Il existe un programme de traitement communautaire dynamique visant à rencontrer les gens là où ils sont: dans les cafés, dans leur appartement et dans des cadres sociaux où ils sont à l'aise. On en parle beaucoup. Quant à savoir si on y parvient à grande échelle, c'est une autre histoire.

Le président: Monsieur Hogan, vu le caractère industrialisé de l'Ohio et le problème dont vous avez fait état il y a une minute, faites-vous des tentatives ou avez-vous des projets pilotes pour, comme le suggérait M. Emmet, rencontrer les gens là où ils sont, ou, selon les termes du sénateur Cook, dans le cadre de la collectivité? Ou bien, comme notre système de soins de santé, vous appuyez-vous beaucoup sur des institutions d'un type ou d'un autre?

Mr. Hogan: As Senator Cook was talking, I was thinking that there are a number of things that we are doing that take a step back to that kind of approach. There is no doubt that the core of our system of care is clinics. These are clinics that are generally operated at government expense by community not-for-profit organizations.

One significant development in Ohio and in a number of the States is something similar to what Senator Cook described. In most of our counties we have at least one or, in some cases, multiple organizations that are run by people recovering from mental illness. In many cases, these started as something that was small and informal and might have been thought of as a drop-in centre that was open a few hours a day. In some communities these things have become quite robust. They have become mental health support programs that offer a good deal of compassion and learning from the school of hard knocks. People who have been on a road to recovery can work with and support other folks that are earlier in that process. Some of these organizations run their own housing programs and employment programs. They are tremendously effective. In many cases, they operate at very low cost.

They also have a side benefit of providing employment to people recovering from mental illness as well. These have not reached the point of being an alternative to the clinic, but they are a critically important supplement.

In some communities, about 4 to 5 per cent of all of the budgeted resources annually will go to programs run by mental health consumers for mental health consumers. They are a variant on what Senator Cook described, but quite an effective one.

The Chairman: Do you find opposition to that idea within your department? In the Canadian context, the minute we try to move outside the bureaucracy into this kind of decentralized more sensitive, local-based initiative, the bureaucracy, which feels that it is losing control. They want to know who is in control, how it will be done — a standard litany of issues pops up.

I suspect that we would get huge resistance to that were one to try to do that, which is absolutely no reason not to do it. I wonder if you suffer the same kind of bureaucratic problems that we do.

Mr. Hogan: We do, to some extent. We may get a little less of that resistance in part. In Ohio, the community mental health care is orchestrated through a local board at the county level. In some cases, multiple county jurisdictions can come together and have one board. This board operates as a creature partly of the state, because it is established under state law, and partly as a creature of sponsoring counties. The local county commissioners appoint the members of the board. In our system, these boards are enjoined with running care programs. They are in charge of

M. Hogan: En écoutant le sénateur Cook parler, je me disais qu'il y a des mesures que nous prenons pour revenir à ce type d'approche. Les cliniques restent, indubitablement, la base de notre système. Et ce sont des cliniques qui fonctionnent généralement aux frais de l'État, mais qui sont gérées par des organisations à but non lucratif de la communauté.

Un événement important en Ohio et dans plusieurs États ressemble à ce dont le sénateur Cook a parlé. Dans la plupart de nos comtés, nous avons au moins une organisation, parfois plus, que dirigent des personnes qui se remettent d'une maladie mentale. Dans bien des cas, ces organisations ont commencé par quelque chose de petit et de non officiel, par exemple, une halte dans un centre ouvert quelques heures par jour. Dans certaines collectivités, ce sont de petites initiatives qui ont pris beaucoup d'envergure. Elles sont devenues des programmes de soutien à la santé mentale que distinguent notamment la compassion et les leçons tirées de combats parfois difficiles. Les personnes sur la voie du rétablissement peuvent travailler avec d'autres, qui ne sont pas aussi avancés, et leur apporter leur soutien. Certains de ces organismes ont leurs propres programmes d'hébergement et de recherche d'emplois. Ils sont remarquablement efficaces. Et, dans bien des cas, ils ont des budgets vraiment minimes.

Ils présentent en outre l'avantage de fournir de l'emploi à des personnes qui se rétablissent d'une maladie mentale. Ce ne sont pas encore des solutions de rechange à la clinique, mais c'est un à-côté d'une importance vitale.

Dans certaines collectivités, c'est de 4 à 5 p. 100 de toutes les ressources budgétaires qui sont attribuées chaque année à des programmes gérés par des consommateurs de soins de santé mentale pour des consommateurs de soins de santé mentale. C'est une variante de ce dont le sénateur Cook a parlé, mais une variante vraiment efficace.

Le président: Vous êtes-vous heurté à une certaine opposition à cette idée au sein de votre département? Dans le contexte canadien, dès que nous essayons de réaliser des choses en dehors de la bureaucratie, d'adopter une initiative de ce type, plus décentralisée plus locale, plus réceptive, la bureaucratie craint de perdre le contrôle. Elle veut savoir qui est aux commandes et comment cela va se faire. Elle envisage toujours une myriade de problèmes.

Si nous essayions de réaliser quelque chose de ce type, nous nous heurterions à une résistance considérable, ce qui ne veut pas dire qu'on doive s'en priver. Je me demande si vous avez le même type de problèmes de bureaucratie que chez nous.

M. Hogan: Oui, jusqu'à un certain point. Ce type de résistance est peut-être moindre, dans certains cas. En Ohio, les soins de santé mentale communautaires sont orchestrés par un conseil local au niveau du comté. Dans certains cas, plusieurs instances du comté peuvent se réunir pour former un seul conseil. Le conseil est une créature hybride qui relève de l'État, puisqu'il est fondé dans le cadre de la loi de l'État, mais aussi des comtés qui le parrainent. Ce sont les commissaires du comté qui nomment, au niveau local, les membres du conseil. Dans notre système, c'est à

planning; they purchase care. They purchase services from community entities that tend to be not-for-profits. Nobody really has a monopoly on this.

Yes, all those resistances can occur. The consumer movement has been happening here for a good 20 years. It possesses certain momentum and logic that cannot be refuted. There are tensions. Many of these organizations experience struggles and growing pains. It is tough to run a small business, and it is probably tougher to run a small business when all of the employees and board members are struggling with a mental illness. That is just the way it is.

However, they also have so much experience and so much commitment that they make it work. They achieve wonderful results. It is a hard thing to do, but its value for us has been far beyond the dollars that are spent.

Senator Trenholme Counsell: To what extent have you seen an increase in the teaching the latest information to doctors, nurses, social workers, and teachers so that these very important people in our communities are knowledgeable of all of the advances that have taken place? Progress over the last decade or two has been so tremendous.

I have a feeling that the professionals who are in contact with people are not, perhaps, getting enough education. I would like to hear your opinion on that.

Mr. Emmet: My sense is that we have not seen an increase at all. The teaching of psychiatrists, social workers and others about serious mental illness and the new evidence-based practices, in fact, is a real hole in our system. That is something that we need to work hard to improve.

Among teachers, as you mentioned, there may be a thirst for learning about behavioural disorders and what they can do about it, but I do not think the training is up to the need at all.

Senator Trenholme Counsell: In the case of teachers, I think there is a great need to be up-to-date on learning disorders and on behaviour disorders — not that we expect them to diagnose or treat these problems. However, do you feel that the education in the United States has not kept up to date with the knowledge?

Mr. Emmet: There may be a few pockets where it has, but by and large, no.

Mr. Hogan: I agree completely with the thrust of your question, senator, and I agree with what Mr. Emmet has said. There is a definite lag here. To some extent, I think it is because our professions tend to control the content that is taught. They tend to control it both through the university training programs and also through the licensing examinations. Therefore there is

ces conseils qu'il revient de faire fonctionner les programmes de soins. Ce sont eux qui doivent se charger de la planification, de l'achat des soins. Ils se procurent les services auprès d'entités communautaires, généralement des organismes à but non lucratif. Il n'existe pas véritablement de monopole en la matière.

Mais oui, on peut se heurter à ce type de résistance. Le mouvement de défense des consommateurs existe à présent depuis une vingtaine d'années. Il a une logique et un dynamisme propres qu'il est difficile d'ignorer. Il existe des tensions. Bien des organismes connaissent des périodes difficiles et des problèmes de croissance. Il est difficile de faire tourner une petite entreprise; et il est sans doute encore plus difficile de faire tourner une petite entreprise quand tous les employés et les membres du conseil sont aux prises avec une maladie mentale. C'est inévitable.

Cependant, leur expérience et leur dévouement sont tels que cela finit par fonctionner. Les résultats sont incroyables. C'est une approche ardue, mais qui nous apporte beaucoup plus que l'argent qu'on y investit.

Le sénateur Trenholme Counsell: Avez-vous constaté une amélioration de la transmission des données les plus récentes aux docteurs, aux infirmières, aux travailleurs sociaux et aux enseignants, afin que ces personnes clés au sein des collectivités soient au courant des progrès qui sont réalisés? Car on a progressé à pas de géant au cours de la dernière décennie.

J'ai l'impression que les professionnels qui sont en contact avec les gens ne sont peut-être pas assez sensibilisés. Je voudrais savoir ce que vous en pensez.

M. Emmet: Je n'ai pas l'impression qu'il y ait eu une augmentation du tout. À vrai dire, informer les psychiatres, les travailleurs sociaux et les autres quant aux maladies mentales graves et aux nouvelles pratiques fondées sur les données probantes est une chose qui ne se fait pas dans notre système. C'est une lacune à laquelle nous devons nous efforcer de remédier.

Parmi les enseignants, comme vous l'avez mentionné, il peut exister un véritable désir d'en savoir plus long sur les troubles de comportement et sur ce que l'on peut faire quand on y est confronté, mais je ne pense pas que la formation soit à la hauteur.

Le sénateur Trenholme Counsell: Il me semble particulièrement important que les enseignants soient au fait de l'évolution des connaissances en matière de troubles d'apprentissage ou de comportement — non qu'on s'attende à ce qu'ils établissent un diagnostic ou conçoivent un traitement. Toutefois, avez-vous le sentiment que la formation n'est pas à jour dans ce domaine, aux États-Unis?

M. Emmet: Peut-être dans quelques cas, mais ce sont des exceptions.

M. Hogan: Je suis tout à fait d'accord avec l'orientation de votre question, sénateur, et d'accord aussi avec ce qu'a dit M. Emmet. Il y a un retard marqué dans ce domaine. Je pense que c'est, en bonne part, parce que le contenu de ce qui est enseigné est souvent contrôlé par des professionnels. Le contrôle est maintenu à la fois par les programmes de formation des universités et par les

always a lag time because people are stuck the way they were trained 20 years ago. It is a real problem for us.

Senator Trenholme Counsell: If the front line people — be they family doctors or nurse practitioners or social workers or people in emergency departments — have not been able to keep sharpening the pencil, so to speak, many opportunities will be missed.

I wanted to ask you about how much this is happening in the United States. I know that psychiatrists, for example, are developing excellent tools in some cases whereby family doctors and nurse practitioners could do that initial testing — to determine, for example, who might be bipolar and who is not. I have had very personal contact with this, and it is very important to identify the bipolar people — to determine that it is not just depression, or hyperactivity or this or that. It is crucial; it is life-saving.

Whether talking about a learning disability, or anxiety disorder or bipolar or schizophrenia, are these tools being developed fast enough, and are they being passed on to the people who need to be using them?

Mr. Hogan: They are not being developed quite fast enough and they are not being passed on fast enough either, in my view. I will mention another resource you may want to look at.

One of the more interesting screening tools— specifically for children — has been developed at Columbia University in New York City. They have a project or program there called “Columbia Teen Screen.” I do not know if they will ever achieve this, but their long-range goal is getting every 15- or 16-year-old in the country screened for these disorders once a year.

We do it for physical illness; if you have to play a sport, you have to go to your doctor. Yet, for adolescents, it is probably more important to check on their mental health and to find out if they are using alcohol or drugs — they tend to be very robust physically.

The screens are being developed. A problem is that it is hard to get the physicians to slow down long enough to be able to use these screening devices because they are working so hard and fast. We are trying to find out if the nurses who work in the doctors’ office to do the screenings.

In general, however, we do not have a good answer to this. Your system might be a stronger one in which to emphasize screening, just given the strength of the overall health care system.

Mr. Emmet: I would like to add that I am very much in favour of the Columbia Teen Screen, but the problem is what will be done once the screening has identified a problem? It gets back to your workforce question. Are there the specialists out there who are trained in up-to-date practices that can deal with what comes their way? In many places there are not.

examens d’octroi des licences. C’est ce qui explique le retard; les gens en restent à la façon dont ils ont été formés, il y a 20 ans. C’est un indéniable problème.

Le sénateur Trenholme Counsell: Si les gens en première ligne, qu’il s’agisse de médecins de famille, d’infirmières praticiennes, de travailleurs sociaux ou de personnes dans les services d’urgence, n’ont pas pu, pour parler au figuré, aiguïser régulièrement leur crayon, on laissera se perdre de nombreuses occasions.

Je voulais vous demander jusqu’à quel point c’est ce qui se produit aux États-Unis. Je sais que des psychiatres, par exemple, élaborent d’excellents outils permettant dans certains cas aux médecins de famille et aux infirmières praticiennes d’effectuer le dépistage initial — de déterminer, par exemple, qui risque d’être bipolaire. Je sais d’expérience combien il est important d’identifier les personnes bipolaires, de déterminer qu’il ne s’agit pas simplement de dépression, d’hyperactivité ou de ceci ou de cela. C’est crucial; il en va de la vie de la personne.

Que l’on parle de difficultés d’apprentissage, de troubles anxieux ou bipolaires, ou encore de schizophrénie, les outils sont-ils élaborés aussi rapidement qu’ils devraient l’être et sont-ils transmis aux personnes qui devraient les utiliser?

M. Hogan: Ni leur élaboration ni leur transmission ne se font aussi vite que je le souhaiterais. Je vais vous parler d’une autre ressource qui peut vous intéresser.

L’un des outils de dépistage les plus intéressants élaborés, notamment pour les enfants, l’a été par l’Université Columbia à New York. Ils ont un projet ou un programme intitulé «Columbia Teen Screen». Je ne sais pas s’ils y parviendront un jour, mais leur but, à long terme, est de faire subir un test de dépistage annuel pour ces troubles à tous les jeunes Américains de 15 ou 16 ans.

Cela se fait pour la santé physique; si vous participez à un sport, vous devez rendre visite à votre médecin d’abord. Et pourtant, pour les adolescents, il est probablement plus important de se pencher sur la santé mentale et de voir s’il y a usage d’alcool ou de drogues, puisqu’ils ont tendance à être très robustes sur le plan physique.

Les tests de dépistage sont donc mis au point. Encore faut-il que les médecins ralentissent assez longtemps pour les utiliser parce qu’ils travaillent beaucoup et vite. Nous essayons de voir si les infirmières qui travaillent dans les bureaux des médecins seraient en mesure d’effectuer ces tests de dépistage.

En général, toutefois, c’est un problème auquel nous n’avons pas encore trouvé de réponse satisfaisante. Il se peut que le Canada soit mieux placé pour mettre l’accent sur le dépistage, étant donné la solidité de votre système de soins de santé dans son ensemble.

M. Emmet: Je voudrais ajouter que je suis tout à fait en faveur du Columbia Teen Screen, mais il s’agit de savoir ce qui sera fait lorsqu’on aura identifié un problème. Cela nous ramène à votre question sur la main d’oeuvre. Y a-t-il des spécialistes qui ont une formation au niveau des méthodes récentes qui peuvent s’occuper de tels cas? À bien des endroits, il n’y en a pas.

Senator Trenholme Counsell: My last question fits into this general line of inquiry. I work with a learning disabilities association. I advocate on their behalf and support them wholeheartedly. There is such a cry among parents and those who are the advocates in these associations for preschool testing of children for learning disorders. We know there is a big link between learning disorders and depression as well as other forms of mental illnesses as well.

Is this true in the United States too, that very little progress has been made on testing of preschool children for learning disabilities?

Mr. Hogan: I would say it is very true, yes. We have not made much progress.

Mr. Emmet: I agree with that.

The Chairman: I should just tell our witnesses that for better than a quarter of a century, Senator Trenholme Counsell was a family practitioner in a relatively small community.

Senator Keon: Given the enormous complexity of this whole area, I will try to simplify it and glean some help from both of you as we ultimately are faced with writing a report here.

Historically, in Canada, we had asylums or large mental health hospitals that functioned outside the health system. We are saddled with this dinosaur. Some people still think maybe it was still a rather good idea, but the majority of people now believe that mental health must be addressed within the structural framework of health. At least, that gets on to mental health and then someday, some wise people might be able to address the social aspects of this whole issue.

I do not mean to simplify this, but in both your opinions, should we be working toward the development of the mental health system within the context of the health system, and with no exclusion practically as it relates to mental health?

Mr. Emmet: I think we should be working toward inclusion of mental health in the health system, with the caveat that mental health is a specialty as are other branches of medicine. There needs to be the capacity to adequately address the needs of people who have acute mental illness and, specifically, the illnesses that we know under the diagnoses of schizophrenia, bipolar disorder and so forth today.

It does need to be in the context — ideally and ultimately — of the overall health system. However, there is always going to be a specialty component that needs to be carved out for mental health.

Senator Keon: Can you do that within the context of the health system, or do you need something outside?

Mr. Emmet: I believe you can do it within the context of the health system. I believe that, theoretically, you can. In the United States, the issue is that it is not a tabula rasa. Parallel systems have developed over time, and whether we can get to a point where mental health can be appropriately merged into the health

Le sénateur Trenholme Counsell: Ma dernière question correspond à ce thème en général. Je travaille avec une association qui s'occupe des troubles d'apprentissage. Je défends leurs intérêts et je les appuie entièrement. Les parents et ceux qui défendent leurs intérêts et qui sont membres de ces associations réclament des tests de difficultés d'apprentissage scolaire pour les enfants d'âge préscolaire. Nous savons qu'il y a un lien important entre les difficultés d'apprentissage scolaire et la dépression et aussi d'autres formes de maladies mentales.

Est-ce le cas aux États-Unis également, est-ce vrai que très peu de progrès ont été accomplis pour ce qui est de tester les enfants d'âge préscolaire pour déceler les difficultés d'apprentissage?

M. Hogan: Je dirais que c'est vrai, oui. Nous n'avons pas fait beaucoup de progrès.

M. Emmet: Je suis d'accord.

Le président: Je voudrais tout simplement dire à nos témoins que pendant plus d'un quart de siècle, le sénateur Trenholme Counsell a été omnipraticienne dans une petite collectivité.

Le sénateur Keon: Étant donné l'énorme complexité de tout ce domaine, je vais tenter de le simplifier et de vous demander votre aide à tous les deux car nous devons ultimement rédiger un rapport.

Par le passé, au Canada, nous avions des asiles ou de grands hôpitaux de soins psychiatriques qui fonctionnaient à l'extérieur du régime de santé. Nous sommes toujours pris avec ce dinosaure. Certains croient toujours que c'était plutôt une bonne idée, mais la plupart des gens estiment que la santé mentale doit faire partie du cadre structurel des soins de santé. Au moins, cela comprend la santé mentale et ensuite, un jour, certaines personnes judicieuses pourront peut-être aborder les aspects sociaux de tout ce problème.

Je ne veux pas simplifier la question, mais selon vous, devrions-nous nous efforcer de développer le régime de santé mentale dans le contexte du régime de santé, pratiquement sans exclusion pour ce qui est de la santé mentale?

M. Emmet: Je pense que nous devrions tenter d'inclure la santé mentale dans le régime de soins de santé, à condition que la santé mentale soit une spécialité comme le sont d'autres branches de la médecine. On doit avoir la capacité de répondre de façon adéquate aux besoins des gens qui souffrent de maladie mentale aiguë et, plus spécifiquement, de schizophrénie, de troubles bipolaires, et cetera.

Idéalement et ultimement, cela doit se faire dans le contexte du régime de santé général. Cependant, la santé mentale sera toujours un élément de spécialité.

Le sénateur Keon: Peut-on faire cela dans le contexte du régime de santé, ou cela doit-il se faire à l'extérieur de ce régime?

M. Emmet: Je pense qu'il est possible de le faire dans le contexte du régime de soins de santé. En théorie, je crois que cela est possible. Aux États-Unis, le problème c'est qu'on ne fait pas table rase. Des systèmes parallèles ont été mis au point avec le temps, et, en toute honnêteté, je ne sais pas si on en arrivera à un

system, I honestly do not know. That is why, looking at the Canadian system, where the universal health care system is in place, it may be a more realistic goal.

Mr. Hogan: I would expand on that a bit. It seems to me that you have a stronger health care system in Canada than we have in the States. It is the logical first line of defence and it is reasonable to expect the health care system to take care of most people with most mental illnesses quite well if, and only if, there were some mental health experts stationed in that part of the health system — for example a psychiatric nurse or a psychologist or a social worker in the doctor's practice. The practitioners who do most of their work in primary care will not have the time to be the experts in all of this. This is taking a step sideways to move forward but you can do most of this within the health care system if you have mental health experts within it.

It is my belief that you will still require some kind of specialty care program for people with complicated disorders such as depression that does not respond to medication, or a complicated bipolar disorder or schizophrenia. Those will have to come under a specialty program of sorts. Could that be a part of the health care system? I think it is possible but the program would have to be run by mental health people and you would have to determine the boundary between the two.

Implicit in your question but not explicit is another issue: the asylums. A mental health expert, whom Mr. Emmet and I know well in the United States, is fond of saying that "less hospital care is probably good but if less is better it does not necessarily mean that none is optimal." There must be some hospital care for some of these conditions. In very few cases, should that be care that continues for years and years and years? That is truly the last refuge and not a good idea.

Separate from all of this is another complicated question that we will probably not address: What do we do about the mental health care of individuals who commit a crime? Both Canada and the U.S. have legal systems that have ultimately grown from British Common Law. Someone who commits a crime, but cannot be tried or found guilty due to insanity, will still need treatment or care. That treatment would probably categorize halfway between the criminal justice system and the mental health system. Such treatment would be considered a special case.

I tend to agree with the premise of doing this within the health care system, provided there are mental health people in primary care settings; there are a specialty programs for those with

point où il sera possible de bien intégrer la santé mentale au régime de soins de santé. C'est pour cette raison qu'au Canada, où il existe un régime de soins de santé universel, il s'agit peut-être d'un objectif plus réaliste.

M. Hogan: Permettez-moi de vous en parler plus en détail. Il me semble que vous avez un régime de soins de santé plus solide au Canada qu'aux États-Unis. C'est la première ligne de défense logique et il est raisonnable de s'attendre à ce que le régime de soins de santé puisse s'occuper assez bien de la plupart des gens qui souffrent de la plupart des maladies mentales si, et seulement si, il y a des experts en santé mentale dans ce secteur du régime de soins de santé. Par exemple, un infirmier ou une infirmière en soins psychiatriques ou un psychologue ou encore un travailleur social au bureau du médecin. Les praticiens qui offrent surtout des services de première ligne n'ont pas le temps d'être des experts dans tout cela. C'est faire un pas de côté pour faire un pas en avant, mais il est possible de faire presque tout cela au sein du régime de soins de santé si on a les experts en santé mentale pour le faire.

Je pense qu'il vous faudra quand même une sorte de programme de soins spécialisés pour les personnes atteintes de troubles compliqués, comme la dépression qui n'est pas réactive aux médicaments, ou un trouble bipolaire compliqué ou encore la schizophrénie. Il faudra un programme spécialisé. Est-ce que cela peut s'intégrer au système de soins de santé? Je pense que c'est possible, mais ce programme doit être dirigé par des professionnels de la santé mentale, et il faudra fixer les limites entre ces deux domaines.

Autre chose qui est implicite, dans votre question, mais pas explicite: les asiles. Un expert en santé mentale des États-Unis, que M. Emmet et moi connaissons bien, dit souvent qu'une diminution des soins hospitaliers est peut-être une bonne chose, mais que si moins, c'est mieux, ça ne veut pas dire qu'une disparition totale des soins hospitaliers est appropriée. Il faut quand même fournir des soins hospitaliers pour les personnes atteintes de ces conditions, même si ces cas sont rares, qu'il s'agisse, par exemple, de soins qui durent des années et des années. Ce doit vraiment être un dernier recours, et ce n'est pas une très bonne idée.

Il y a une autre question complexe, distincte de la précédente, que nous ne couvrirons probablement pas: il s'agit des soins de santé mentale pour les personnes qui ont commis un crime. Le Canada et les États-Unis sont dotés de systèmes juridiques nés de la common law britannique. Si quelqu'un commet un crime mais ne peut être poursuivi ou reconnu coupable pour cause d'aliénation mentale, cette personne aura quand même besoin de traitements ou de soins. Ce traitement se situerait probablement à mi-chemin entre le système de justice criminelle et le système de santé mentale. Un tel traitement serait perçu comme un cas particulier.

Je suis généralement d'accord avec l'idée d'intégrer cela dans le système de soins de santé, s'il y a des professionnels de la santé mentale qui peuvent fournir des soins de première ligne. Il existe

complex illness; and we set aside this question about what to do with people under the criminal justice system.

The Chairman: To follow up on issues under the criminal justice system, Dr. Hogan, are there people on your staff who deal with not the criminally insane but with the many people in the criminal justice system serving time in institutions?

Frankly, they are not treated to the extent that they are treated at all in Canada. It is minimal and borders on zero. That means they are released and our recidivism rate is high. I am not sure it is quite as high as yours but we are in the same ballpark. Appropriate treatment of mental illness in people who are incarcerated would reduce the recidivism rate dramatically.

I would be curious to know if my assessment is correct? Is anyone running good programs that would give you data to show that my presumption is right — that the recidivism rate would drop dramatically if we appropriately treated the mental illness of prisoners?

Mr. Hogan: I would agree in part and disagree in part. I would agree that you have to provide mental health care to those who are incarcerated. In Ohio, we have done quite a good job of that but we had to be sued to become motivated to action. In the end, we decided to have the mental health program in the prisons run by the prison system. They received a good deal of advice from us about how to set it up. They now run the program and do a pretty good job.

Receiving good mental health care in the prison, per se, will not be adequate to prevent recidivism because the illness will persist after the patient leaves the prison. You have to connect the person with mental health care on the outside once they leave. If you do that, then the recidivism rates go way down.

Mr. Emmet: I should like to point you to a source document that could be useful to you. It is called “The Criminal Justice/Mental Health Consensus Project.” It was coordinated by the Council of State Governments in the United States and can be found on line at www.consensusproject.org. This project brought together people from across the criminal justice spectrum as well as from mental health. Dr. Hogan was involved to some extent and the Director of Corrections in Ohio was very closely involved.

In that document and in the on-line version, there are numerous examples of programs that are chipping away at this problem whether at the front end through diversion programs such as police pre-booking diversion; or court-based programs that kick people into care and not into incarceration; or through re-entry programs that are specifically aimed at reducing recidivism.

des programmes spécialisés pour les personnes atteintes de maladies complexes. Il faut également réfléchir aux personnes malades dans le système de justice criminelle.

Le président: Pour revenir aux questions relatives au système de justice criminelle, monsieur Hogan, y a-t-il des membres de votre personnel qui travaillent, non pas avec des criminels aliénés, mais avec les nombreuses personnes du système de justice criminelle qui purgent leur peine dans des établissements?

Honnêtement, je pense qu'ils ne sont pas vraiment soignés, dans la mesure où ils ne sont pas soignés du tout, au Canada. Le traitement est minime, presque nul. Cela veut dire qu'ils sont relâchés et que notre taux de récidive est élevé. Je ne sais pas s'il est aussi élevé que chez vous, mais je crois que cela se ressemble. Un traitement approprié pour les détenus atteints de maladies mentales réduirait ce taux de récidive de manière significative.

J'aimerais savoir si ma conclusion est exacte. Y a-t-il des gens qui dirigent de bons programmes et qui pourraient vous fournir des données qui appuient ma thèse — c'est-à-dire que le taux de récidive diminuerait significativement si les détenus atteints de maladies mentales étaient soignés correctement?

M. Hogan: Je suis un peu d'accord avec vous, et un peu en désaccord. Je suis d'accord qu'il faut fournir des soins de santé mentale aux détenus. En Ohio, nous avons fait beaucoup de travail en ce sens, mais il a fallu attendre des poursuites pour réagir. Finalement, nous avons décidé de créer un programme de santé mentale dans les prisons qui est géré par le système carcéral. Nous leur avons fourni des conseils sur la façon de créer ce programme. Maintenant, ce sont eux qui s'en chargent, et ils font du très bon travail.

Fournir des soins de santé mentale de qualité aux détenus, en soi, ne sera pas suffisant pour éviter la récidive, parce que les maladies persistent une fois que les patients sortent de prison. Il faut les mettre en contact avec des établissements qui fournissent des soins de santé mentale à l'extérieur, une fois qu'ils sont libérés. Alors, les taux de récidive baisseront.

M. Emmet: J'aimerais vous renvoyer à un document de référence qui vous serait sans doute utile, «The Criminal Justice Mental Health Consensus Project». Ce projet a été coordonné par le Council of State Governments, aux États-Unis, et vous pouvez y accéder en direct, au www.consensusproject.org. Ce projet a rassemblé des spécialistes du système de justice criminelle et de santé mentale. Le Dr Hogan y a participé, dans une certaine mesure, et le directeur des services correctionnels de l'Ohio y a participé étroitement.

Dans ce document, et dans sa version électronique, on donne de nombreux exemples de programmes qui tentent d'atténuer ce problème soit au départ, par le biais de programmes de déjudiciarisation (mesure policière avant détention, par exemple), soit par des programmes judiciaires qui recommandent des soins plutôt que l'incarcération, soit par des programmes de réinsertion sociale qui visent précisément à réduire la récidive.

There are data on a couple of programs in Chicago. The Thresholds Program shows a real reduction in recidivism for people coming out of jail to the residential-based program with all the services available. Much attention has been paid to such programs in the United States and the concept has picked up some traction at the state legislative level and at even at the federal level.

Senator Trenholme Counsell: To what extent is the specialization of psychiatric social workers proceeding? Is the training of many more nurses for the field of psychiatry, although they are needed for so many other health care systems, and the training of many more social workers to complement that effort, considered a sub-specialty, or super-specialty and developing to any extent in the United States?

Mr. Hogan: My sense is that there is probably a bulk-end requirement for both. Something about social work that is a good fit with mental health care is that there is an orientation to community care, to working in the community and recognizing that people have many different problems and to staying with people over time. From that point of view, the social work profession is ideally suited. The nursing profession is probably a little stronger in recognizing the medical side of this as well. There is a need for both. There are probably more social workers engaged in this than there are nurses in the U.S.

We have a problem in both areas is that there are social workers and nurses who did not truly receive enough psychiatric emphasis in their training. Nurses have their RN degree but they did not receive enough psychiatric training. However, in my opinion, the two professions are the foundation. We have to ensure they receive enough mental health training as part of their preparation. Our programs vary in providing that.

Mr. Emmet: We must also ensure they are paid enough to stay in the profession for any length of time.

Senator Trenholme Counsell: The training would have to be a specialization and it would take a number of months to acquire such expertise to become comfortable in the field. Not every social worker would want to take such a specialization.

Senator Fairbairn: I appreciate that the situation is probably about as difficult in the United States as it is in Canada in respect of assessments in schools and so on. However, there are programs of this nature in the prison system. To what degree are they being used in the United States? There are efforts here in Canada because it is never too late to try on learning disabilities. Does this take place within the system with any success in the United States?

Mr. Emmet: Are you talking of the juvenile justice system or adult?

Nous avons des données sur quelques programmes de Chicago. Le programme des seuils fait état d'une réduction réelle de la récidive, pour les personnes qui sortent de prison pour intégrer des programmes en résidence, qui comprennent tous les services. Aux États-Unis, on s'est vraiment intéressé à ces programmes, et ce concept a fait bouger les choses dans les systèmes législatifs des États, et même au niveau fédéral.

Le sénateur Trenholme Counsell: Comment fonctionne la spécialisation des travailleurs sociaux en psychiatrie? Est-ce qu'aux États-Unis la formation de plus d'infirmières en psychiatrie, même si la pénurie touche beaucoup d'autres systèmes de soins de santé, et la formation de plus de travailleurs sociaux sont considérés comme une sous-spécialité, une super-spécialité, et est-ce que cela évolue dans votre pays?

M. Hogan: J'ai l'impression que nous avons probablement grandement besoin des deux. Le travail social s'intègre bien aux soins de santé mentale, car on met l'accent sur les soins communautaires, le travail avec la communauté, la reconnaissance du fait que les gens ont plusieurs problèmes différents et le suivi de ces personnes. De ce point de vue-là, la profession de travailleur social est tout à fait adaptée. La formation en soins infirmiers est peut-être plus forte, car elle tient compte du côté médical également. Aux États-Unis, il y a probablement davantage de travailleurs sociaux qui travaillent dans ce domaine qu'il y a d'infirmières.

Le problème, dans les deux cas, c'est que certains travailleurs sociaux et infirmières n'ont pas vraiment reçu une formation suffisamment axée sur la psychiatrie. Les infirmières ont leur diplôme d'infirmière autorisée, mais elles ne sont pas suffisamment formées en psychiatrie. Cependant, selon moi, ces deux professions sont les piliers de ces programmes. Il faut nous assurer que les travailleurs sociaux et les infirmières reçoivent, pendant leurs études, une formation en santé mentale. Nos programmes divergent à ce niveau-là.

Mr. Emmet: Il faut également nous assurer que les salaires sont suffisants, pour que ces personnes restent dans cette profession le plus longtemps possible.

Le sénateur Trenholme Counsell: Cette formation devrait être une spécialisation de plusieurs mois, afin d'acquérir l'expertise suffisante pour être à l'aise dans ce domaine. Tous les travailleurs sociaux ne voudront pas suivre une telle formation spécialisée.

Le sénateur Fairbairn: Je comprends que la situation est probablement aussi difficile aux États-Unis qu'au Canada, en matière d'évaluation universitaire, et cetera. Cependant, il existe de tels programmes dans les systèmes pénitentiaires. Dans quelle mesure sont-ils utilisés aux États-Unis? Des efforts sont déployés au Canada en ce sens, car il n'est jamais trop tard pour avancer, sur la question des problèmes d'apprentissage. Est-ce que ces efforts sont concluants aux États-Unis?

Mr. Emmet: Parlez-vous du système judiciaire juvénile ou du système judiciaire pour adultes?

Senator Fairbairn: I am talking about the justice system. Many of the people in the system, we are told, are there partly because they have gone through a life in which they have had these learning disabilities.

Mr. Emmet: I would say that it is something pretty spotty across country. I have been to jails where I have seen programs that are at least attempting to deal with this problem. I hear, anecdotally, from far many more places that these programs are not in place.

Mr. Hogan: I would agree with what Mr. Emmet said. The situation, although very uneven, may be somewhat better with respect to the treatment of mental illness because there is a constitutional expectation that there not be deliberate indifference to the treatment of illness. There is some obligation to treat mental illness in prison.

Learning disabilities would probably not be defined that way. I would guess that the interventions provided are probably, on average, a little less good than those provided for other mental disorders, which is not a very good commentary. That is just a guess. I agree with that it is very uneven, and there is no good model.

The Chairman: May I thank you both for coming. I have a request. In the last couple of hours we received many interesting references to organizations to contact. If you have any other thoughts in respect of people we should talk to, can you send us an e-mail? Perhaps there is a particularly good Web site to visit or report we ought to read.

As I said in my opening comments, we are very much at the early stages of this work. To the extent that you can help us find additional sources of information — either people, organizations or documents — it would be very helpful.

Thank you very much for coming.

The committee adjourned.

Le sénateur Fairbairn: Je parle du système judiciaire en général. Beaucoup de détenus sont là en partie parce qu'ils souffrent de problèmes d'apprentissage.

M. Emmet: Je vous dirais que c'est un effort assez ponctuel, aux États-Unis. J'ai visité des prisons où il y avait des programmes qui essayaient de s'attaquer à ce problème. Mais j'ai entendu dire que dans la plupart des prisons, de tels programmes n'existaient pas.

M. Hogan: Je suis d'accord avec M. Emmet. Bien que ce soit très inégal, notre feuille de route est sans doute plus reluisante en ce qui concerne le traitement des maladies mentales, parce qu'en vertu de la Constitution, on ne peut pas être indifférent à cette question. Nous sommes tenus de traiter les maladies mentales en prison.

Or les problèmes d'apprentissage ne sont probablement pas considérés comme des maladies mentales. Je dirais que les interventions sont probablement, en moyenne, un peu moins bonnes que les interventions pour les autres maladies mentales, ce qui n'est pas très positif. Ce n'est qu'une supposition. Je suis d'accord, c'est très inégal, et il n'existe pas de bon modèle.

Le président: Je vous remercie tous les deux d'être venus. J'aurais quelque chose à vous demander. Dans les deux dernières heures, vous avez fait référence à des organismes et à des contacts. Si vous pensez à d'autres personnes à qui nous pourrions nous adresser, pouvez-vous nous envoyer un courrier électronique? Peut-être existe-t-il un bon site Web ou un rapport que nous devrions lire.

Comme je l'ai dit dans mes remarques liminaires, nous en sommes au tout début de notre travail. C'est pourquoi vous pouvez nous aider à trouver d'autres sources d'information, des personnes, des organismes, des documents. Ce serait très utile.

Merci d'être venus.

La séance est levée.

Ms. Annette Osten, Board Member, Canadian Nurses Association.

From the Canadian Psychological Association:

Mr. John Service, Executive Director.

From the Canadian Association of Social Workers:

Mr. Stephen Arbuckle, Member, Health Interest Group.

Thursday, April 1, 2004

From the Treasury Board Secretariat:

Ms. Joan Arnold, Director, Pensions Legislation Development, Pensions Division.

From the Privy Council Office:

Mr. Ron Wall, Director, Parliamentary Operations, Legislation and House Planning/Counsel;

Ms. Ginette Bougie, Director, Compensation and Classification.

From Cognos:

Ms. Marilyn Smith-Grant, Senior Human Resources Specialist;

Mr. Sean Reid, Senior Manager, Corporate Communications.

From the Public Service Alliance of Canada:

Mr. John Gordon, National Executive Vice-President;

Mr. James Infantino, Pensions and Disability Insurance Officer.

From the U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health:

Mr. Michael Hogan, Chair (by videoconference).

From the U.S. Campaign for Mental Health Reform:

Mr. William Emmet, Coordinator.

Mme Annette Osten, membre du Conseil d'administration, Association des infirmières et infirmiers du Canada.

De la Société canadienne de psychologie:

M. John Service, directeur exécutif.

De l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux:

M. Stephen Arbuckle, membre, Groupe d'intérêt lié à la santé.

Le jeudi 1^{er} avril 2004

Du Secrétariat du Conseil du Trésor:

Mme Joan Arnold, directrice, Élaboration de la législation, Division des pensions.

Du Bureau du Conseil privé:

M. Ron Wall, directeur des relations parlementaires, Planification de la législation et des travaux de la Chambre/avocat;

Mme Ginette Bougie, directrice, Rémunération et classification.

De Cognos:

Mme Marilyn Smith-Grant, spécialiste principale en ressources humaines;

M. Sean Reid, gestionnaire principal, Communications corporatives.

De l'Alliance de la Fonction publique du Canada:

M. John Gordon vice-président exécutif national;

M. James Infantino, agent de pensions et assurances d'invalidité.

De la U.S. President's New Freedom Commission on Mental Health:

M. Michael Hogan, président (par vidéoconférence).

De la U.S. Campaign for Mental Health Reform:

M. William Emmet, coordonnateur.



If undelivered, return COVER ONLY to:

Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*

Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

APPEARING

Thursday, April 1, 2004

The Honourable Jacques Saada, P.C., M.P., Leader of the Government in the House of Commons and Minister responsible for Democratic Reform.

WITNESSES

Wednesday, March 31, 2004

From the Canadian Medical Association:

Dr. Sunil Patel, President;

Dr. Gail Beck, Acting Associate Secretary General.

From the Ontario Hospital Association:

Dr. Paul Garfinkel, Chair, Mental Health Working Group.

From the Canadian Psychiatric Association:

Dr. Blake Woodside, Chairman of the Board.

From the Canadian Nurses Association, the Canadian Federation of Mental Health Nurses and the Registered Psychiatric Nurses of Canada:

Ms. Nancy Panagabko, President, Canadian Federation of Mental Health Nurses;

(Continued on previous page)

COMPARAÎT

Le jeudi 1^{er} avril 2004

L'honorable Jacques Saada, c.p., député, leader du gouvernement à la Chambre des communes et ministre responsable de la Réforme démocratique.

TÉMOINS

Le mercredi 31 mars 2004

De l'Association médicale canadienne:

Le Dr Sunil Patel, président;

La Dre Gail Beck, secrétaire générale adjointe intérimaire.

De l'Ontario Hospital Association:

Le Dr Paul Garfinkel, président, Groupe de travail sur la santé mentale.

De l'Association des psychiatres du Canada:

Le Dr Blake Woodside, président du Conseil d'administration.

De l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale et l'Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada:

Mme Nancy Panagabko, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale;

(Suite à la page précédente)