



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

---

Tuesday, April 20, 2004  
Wednesday, April 21, 2004  
Thursday, April 22, 2004

---

**Issue No. 6**

**Third and fourth meetings on:**  
Mental health and mental illness

**and**

**Second meeting on:**  
Bill C-24, An Act to amend  
the Parliament of Canada Act

**and**

**First meeting on:**  
Bill S-17, An Act to amend  
the Citizenship Act

---

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 mardi 20 avril 2004  
Le mercredi 21 avril 2004  
Le jeudi 22 avril 2004

---

**Fascicule n° 6**

**Troisième et quatrième réunions concernant:**  
La santé mentale et la maladie mentale

**et**

**Deuxième réunion concernant:**  
Le projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi  
sur le Parlement du Canada

**et**

**Première réunion concernant:**  
Le projet de loi S-17, Loi modifiant  
la Loi sur la citoyenneté

---

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)

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

**ORDER OF REFERENCE**

Extract from the *Journals of the Senate* of Thursday, April 1, 2004:

Second reading of Bill S-17, An Act to amend the Citizenship Act.

The Honourable Senator Kinsella moved, seconded by the Honourable Senator Corbin, that the Bill be read the second time.

After debate,

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

The Bill was then read the second time.

The Honourable Senator Kinsella moved, seconded by the Honourable Senator Corbin, 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.

**ORDRE DE RENVOI**

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 1<sup>er</sup> avril 2004:

Deuxième lecture du projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté.

L'honorable sénateur Kinsella propose, appuyé par l'honorable sénateur Corbin, que le projet de loi soit lu la deuxième fois.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu la deuxième fois.

L'honorable sénateur Kinsella propose, appuyé par l'honorable sénateur Corbin, 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.

*Le greffier du Sénat,*

Paul C. Bélisle

*Clerk of the Senate*

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Tuesday, April 20, 2004  
(11)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 7:00 p.m. in room 257, East Block, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Cook, Keon, Kirby, LeBreton and Morin (5).

*In attendance:* From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Howard Chodos.

*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. (For complete text of order of reference, see *Proceedings of the Committee, Issue No. 5*).

**WITNESSES:**

*From the Government of Australia:*

Dermot Casey, Assistant Secretary, Health Priorities and Suicide Prevention Branch, Department of Health and Ageing (by videoconference);

Jenny Hefford, Assistant Secretary, Drug Strategy Branch, Department of Health and Ageing (by videoconference).

Dermot Casey and Jenny Hefford each made a presentation and answered questions.

At 8:53 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

**ATTEST:**

---

OTTAWA, Wednesday, April 21, 2004  
(12)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 4:05 p.m. in room 705, Victoria Building, the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Fairbairn P.C., Keon, LeBreton and Morin (6).

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

**PROCÈS-VERBAUX**

OTTAWA, le mardi 20 avril 2004  
(11)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 19 heures, dans la salle 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Cook, Keon, Kirby, LeBreton et Morin (5).

*Également présent:* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos.

*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 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. (Voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule n° 5 des *délibérations du comité*).

**TÉMOINS:**

*Du gouvernement de l'Australie:*

Dermot Casey, secrétaire adjoint, Direction des priorités sanitaires et de la prévention du suicide, ministère de la Santé et de la Vieillesse (par vidéoconférence);

Jenny Hefford, secrétaire adjointe, Direction de la stratégie contre la drogue, ministère de la Santé et de la Vieillesse (par vidéoconférence).

Dermot Casey et Jenny Hefford font tous les deux une déclaration et répondent aux questions.

À 20 h 53, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ:**

---

OTTAWA, le mercredi 21 avril 2004  
(12)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 05, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Fairbairn, c.p., Keon, LeBreton et Morin (6).

*Également présents:* De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos et 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. (*For complete text of order of reference, see Proceedings of the Committee, Issue No.5*).

**WITNESSES:**

*From the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction:*

Richard Brière, Assistant Director.

*From the Douglas Hospital:*

Dr. Gustavo Turecki, Director, McGill Group for Suicide Studies, McGill University.

*From the Centre for Suicide Prevention:*

Diane Yackel, Executive Director.

Richard Brière, Gustavo Turecki and Diane Yackel each made a presentation and answered questions.

At 5:16 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

**ATTEST:**

OTTAWA, Thursday, April 22, 2004  
(13)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 11:00 a.m. in room 705, Victoria Building, the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Fairbairn P.C., Keon, LeBreton, and Morin (6).

*In attendance:* From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Benjamin Dolin.

*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 continued its study on Bill C-24, to amend the Parliament of Canada Act. (*For complete text of order of reference, see Proceedings of the Committee, Issue No. 5*).

**WITNESSES:**

*From Mercer Human Resource Consulting:*

Bernard Potvin, Principal.

*From the Canadian Taxpayers Federation:*

Bruce Winchester, Research Director.

*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 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. (*Voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule n° 5 des délibérations du comité*).

**TÉMOINS:**

*De l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies:*

Richard Brière, directeur adjoint.

*De l'Hôpital Douglas:*

Le Dr Gustavo Turecki, directeur, Groupe McGill d'études sur le suicide, Université McGill.

*Du Centre For Suicide Prevention:*

Diane Yackel, directrice exécutive.

Richard Brière, Gustavo Turecki et Diane Yackel font tous les trois une déclaration et répondent aux questions.

À 17 h 16, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ:**

OTTAWA, le jeudi 22 avril 2004  
(13)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 heures, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Fairbairn, c.p., Keon, LeBreton et Morin (6).

*Également présent:* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Benjamin Dolin.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le lundi 29 mars 2004, le comité poursuit l'étude du projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada. (*Voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule n° 5 des délibérations du comité*).

**TÉMOINS:**

*De Mercer consultation en ressources humaines:*

Bernard Potvin, directeur principal.

*De la Fédération canadienne des contribuables:*

Bruce Winchester, directeur de la recherche.

Bernard Potvin and Bruce Winchester each made a presentation and answered questions.

The committee suspended at 11:55 a.m.

The committee resumed at 12:00 p.m.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, April 1, 2004, the committee began its examination of Bill S-17, to amend the Citizenship Act.

**WITNESSES:**

*From Citizenship and Immigration Canada:*

Patricia Birkett, Acting Director General, Integration Branch.

*From the Department of Justice:*

Manon Lefebvre, Legal Counsel.

Patricia Birkett made a presentation and answered questions.

At 12:40 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

*ATTEST:*

Bernard Potvin et Bruce Winchester font tous les deux une déclaration et répondent aux questions.

Le comité suspend ses travaux à 11 h 55.

Le comité reprend ses travaux à midi.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1<sup>er</sup> avril 2004, le comité entreprend l'étude du projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté.

*TÉMOINS:*

*Du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration:*

Patricia Birkett, directrice générale par intérim, Direction générale de l'intégration.

*Du ministère de la Justice:*

Manon Lefebvre, conseillère juridique.

Patricia Birkett fait une déclaration et répond aux questions.

À 12 h 40, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ:*

*Le greffier du comité,*

Daniel Charbonneau

*Clerk of the Committee*

**EVIDENCE**

Ottawa, Tuesday, April 20, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 7:00 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:** Hello, Ms. Hefford and Mr. Casey. My colleagues and I are delighted that you are with us, and we want to pick your brains for a while.

Let me set the scene by describing the kinds of issues we would like to hear your views on. We did a major study of the Canadian acute care system of hospitals and doctors, which is covered under our medicare system. We put that report out about a year and a half ago. Various bits and pieces of it appear to be moving towards implementation, although, as you know, like anything else in the health care system, it is full of controversy and there is opposition from all quarters. You might find it interesting to note that our committee, which consists of a number of Liberal and Conservative senators and one independent, nevertheless produced a completely unanimous report on what is, in many ways, the most controversial public policy issue in the country. That alone made the document worthwhile in many ways.

As we were going through that, it became clear to us that if there was any system that was even more badly run or perhaps more badly organized than our acute care system, it was the mental health system, for a variety of reasons, and nobody wanted to talk about the problem. There were far more silos. With the exception of mental hospitals, it is, by and large, not covered under our medicare program and so on.

We have embarked on a second major study, this one being the mental health system. We found it useful when we did the previous study to get some understanding of how other countries have handled the issue of mental health. Australia was one of the comparisons we used when we did the acute care study, and we have heard from a number of people both inside and outside Canada about the relatively innovative approach you have taken compared to many other countries, including ours.

We have never had a national mental health strategy. There is no national mental health act. It is a subject that has simply not become part of the federal purview at all, because in our case, health care is delivered through the provinces. In your case, it is through the states.

**TÉMOIGNAGES**

Ottawa, le mardi 20 avril 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 19 heures, pour étudier des questions qu'ont suscité le dépôt en octobre 2002 de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada et les faits nouveaux survenus depuis lors. Plus particulièrement, le comité est autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

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

[*Traduction*]

**Le président:** Madame Hefford et monsieur Casey, soyez les bienvenus. Mes collègues et moi sommes ravis de vous accueillir, car nous avons plein de questions à vous poser.

Je vais d'abord vous fournir le contexte en vous décrivant le genre de questions au sujet desquelles nous aimerions avoir votre opinion. Nous avons fait une étude importante du système canadien de soins actifs donnés par les hôpitaux et par les médecins, soins qui sont assurés par notre régime universel. Nous avons publié ce rapport il y a un an et demi environ. Diverses mesures recommandées semblent vouloir être mises en oeuvre bien que, comme vous le savez, comme toute autre chose dans le système de santé, elles soulèvent beaucoup de controverse et suscitent de l'opposition de toutes parts. Vous serez peut-être intéressés d'apprendre que notre comité, qui est formé d'un certain nombre de sénateurs libéraux et conservateurs et d'un sénateur indépendant, a tout de même produit un rapport unanime au sujet d'un dossier qui, à de nombreux égards, est peut-être le plus controversé en matière de politique publique. Ce seul fait rend le document d'autant plus précieux.

À mesure qu'évoluait notre étude, il est devenu clair que s'il y avait un système encore plus mal géré ou peut-être plus mal organisé que notre système de soins actifs, c'était bien celui de la santé mentale, pour diverses raisons. Or, nul ne voulait en parler. Il y avait beaucoup de compartimentation. À l'exception des hôpitaux psychiatriques, ces soins ne sont dans l'ensemble pas visés par notre régime d'assurance-maladie et ainsi de suite.

Nous nous sommes donc lancés dans une seconde grande étude, celle-ci portant sur la santé mentale. Nous avons jugé utile, lorsque nous avons effectué l'étude précédente, de savoir ce qui se faisait à l'étranger en matière de santé mentale. L'Australie a été une de nos bases de comparaison quand nous avons fait l'étude des soins actifs, et nous avons entendu plusieurs témoins du Canada et de l'étranger au sujet de l'approche relativement nouvelle que vous avez adoptée comparativement à de nombreux autres pays, y compris au nôtre.

Nous n'avons jamais eu de stratégie nationale de la santé mentale. Il n'y a pas de loi nationale de la santé mentale. C'est un sujet qui n'a tout simplement jamais été du ressort fédéral parce que, dans notre cas, la santé relève de la compétence provinciale, alors que chez vous, elle relève des États.

We are at the early stage of our work. We are trying to understand in a broad way what has worked well and what has worked badly in your system. Knowing what you know now, if you were beginning where we are beginning, which is essentially with a blank piece of paper, in the sense that it is not a question of having to change existing legislation and so on, what would you do differently and what would you do the same with respect to, first, the national policy side of mental health, and second, with respect to delivery?

Even though, like you, the federal government does not deliver mental health services, we will inevitably stray into what is clearly provincial territory because we will talk as much about the delivery of mental health as we did when we focused on how you ought to deliver acute care services. We do not feel terribly constrained by the niceties of which level of government is actually responsible for delivering the service. We are trying to lay out a road map for both levels of government, if you will.

I would like to begin by asking both of you to give us your overview of what is working well and what is not, with respect to both mental health and addiction, because our actual work plan is mental health, mental illness and addiction. To that extent, we brought the addiction service question into the mental health study, as opposed to leaving it out there as a separate silo.

That lays out the background of where we are. We appreciate your taking the time to be with us. Why do we not begin, Mr. Casey, with some comments from you, followed by Ms. Hefford, and then open it up to questions from my colleagues and myself.

**Mr. Dermot Casey, Assistant Secretary, Health and Priorities and Suicide Prevention, Department of Health and Ageing, Government of Australia:** Just picking up on your themes about what we have done and what we might have done differently, as you know, our system is very similar to that of Canada. Prior to the early 1990s, the federal government had no involvement, responsibility or interest in mental health care at all.

The story goes that the federal health department had half a nutritionist who was responsible for the federal government's interest in mental health care, very much located in states and territories, very much located historically in the old systems of asylum, lunacy and the British system that came here in the 19th century.

It was interesting that the drive for change in Australia really came from the states and territories lobbying the federal government to take a role and become involved in mental health care. We had a number of scandals in the 1980s in relation to mental health hospitals that really focused on civil rights and issues of abuse. The interest that the federal government started to display in mental health reform was partially driven by some concerns that the fiscal responsibility for income support and employment services, which were the downstream consequences

Nous en sommes au tout début de nos travaux. Nous essayons de nous renseigner sur ce qui s'est avéré efficace et inefficace dans votre système. Sachant ce que vous savez maintenant, si vous en étiez au stade où nous en sommes, c'est-à-dire si c'était à refaire, en ce sens qu'il ne s'agit pas de modifier une loi existante et ainsi de suite, que feriez-vous autrement et que referiez-vous sans hésiter à l'égard, tout d'abord, de la politique nationale en matière de santé mentale et, d'autre part, à l'égard de la prestation des services?

Même si, comme vous, le gouvernement fédéral ne s'occupe pas comme tel de la prestation des services de santé mentale, nous débordons inévitablement dans ce qui est de toute évidence un champ de compétence provinciale parce qu'il sera autant question de la prestation des services dans ce domaine que lorsque nous avons cherché à savoir comment assurer la prestation de services de soins actifs. Nous ne nous sentons pas atrocement limités par l'ordre du gouvernement qui est en réalité responsable d'assurer la prestation des services. Nous essayons de dresser un plan à l'intention des deux ordres de gouvernement, si vous préférez.

J'aimerais commencer par demander aux deux témoins de nous donner un aperçu de ce qui est avéré efficace et de ce qui ne l'est pas, à l'égard tant de la santé mentale que de la toxicomanie, parce que notre véritable plan de travail vise la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. Nous avons préféré intégrer la question des services de traitement de la toxicomanie à l'étude sur la santé mentale, plutôt que d'en faire une question distincte.

Voilà qui vous situe en contexte. Nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté notre invitation. Monsieur Casey, pourquoi ne pas commencer par quelques observations de votre part, après quoi Mme Hefford pourra prendre la parole, et nous passerons ensuite à une période de questions.

**M. Dermot Casey, secrétaire adjoint, Direction des priorités sanitaires et de la prévention du suicide, ministère de la Santé et de la Vieillesse, gouvernement de l'Australie:** Pour en revenir à vos thèmes concernant ce que nous avons fait et ce que nous aurions pu faire différemment, comme vous le savez, notre système ressemble beaucoup à celui du Canada. Avant le début des années 90, le gouvernement fédéral ne s'intéressait pas du tout à la santé mentale, il n'y participait pas et n'avait pas compétence dans ce domaine.

À ce que l'on raconte, le ministère fédéral de la Santé avait affecté la moitié du temps d'un diététiste à voir à ses intérêts en matière de santé mentale, domaine qui relève définitivement des États et des territoires et qui, historiquement, trouve ses racines dans les vieux systèmes d'asile, d'aliénation mentale et de régime britannique qui ont été importés chez nous au XIX<sup>e</sup> siècle.

Il est intéressant de noter que l'élan favorable à un changement en Australie est venu en réalité des États et des territoires qui demandaient au gouvernement fédéral d'assumer un rôle et d'intervenir en matière de soins de santé mentale. Plusieurs scandales sont survenus durant les années 80 dans des hôpitaux psychiatriques et ils ont vraiment permis de se concentrer sur les droits civils et les mauvais traitements. L'intérêt qu'a commencé à manifester le gouvernement fédéral pour une réforme de la santé mentale a été dicté en partie par des préoccupations selon



of poor mental health care, were actually a federal responsibility. The argument was put that the federal government is incurring large levels of expenses but has no control upstream in terms of improving our response to mental health. That was in the late 1980s and early 1990s.

In 1992, all health ministers agreed through the national Australian health ministers' council that there should be a national mental health strategy, and the federal government put in about Aus. \$140 million over a 5-year period as "hump" funding to attempt to support a change. There were some key objectives, but they were very much focused on what we would call the "public specialist mental health system." That system deals with people who have acute illnesses — psychoses, bipolar disorder — that population that has historically been cared for in asylums. We estimated in the mid-1960s that we had about 30,000 mental health beds in Australia for a population at that time of about 12 million people. We now have somewhere in the region of, in the public sector, 5,000 psychiatric beds for a population of 20 million.

The major focus in the first plan, which was agreed to in 1993, was on changing the service mix in relation to the public specialist system. It was not about downsizing the asylums because they had already been downsized. In the early 1990s, there were only about 9,000 psychiatric beds left in the country. The major deinstitutionalization was the start of the institutionalization that took place between the mid-1960s and the late 1980s. It went on through a number of closures, but there was very little in the way of a policy or a strategic program attached to that.

In 1993, much of the focus was on the public specialist system, and the fundamental changes have been to shift the service balance to decrease the reliance on in-patient care and to increase the amount of resources going into community care.

The federal government's role has been largely through providing only about 2 or 3 per cent of the state/territory expenditure to give them some investment potential to start to hump fund change.

In 1997 or 1998, through doing a national epidemiological study, we probably woke up to the realization that the major mental health problem for the whole community was not in relation to psychosis, bipolar and the low-prevalence disorders, but it was, in effect, in relation to the high-prevalence disorders.

lesquelles la responsabilité financière de soutien du revenu et des services d'emploi, qui étaient les conséquences en aval de soins de santé mentale médiocres, revenait en réalité au gouvernement fédéral. On a soutenu que le gouvernement fédéral engageait des dépenses très élevées, mais qu'il n'exerçait aucun contrôle en amont, c'est-à-dire en vue d'améliorer ce qui se faisait en santé mentale. Voilà pour le contexte vers la fin des années 80 et au début des années 90.

En 1992, tous les ministres de la Santé se sont entendus, par l'intermédiaire du conseil national des ministres de la Santé de l'Australie, pour adopter une stratégie nationale de la santé mentale, et le gouvernement fédéral a injecté quelque 140 millions de dollars australiens sur une période de cinq ans pour soutenir le changement pendant la période la plus difficile. Certains grands objectifs avaient été fixés, mais ils étaient très ciblés sur ce que nous qualifierions de «système public de soins de santé mentale prodigués par des spécialistes». Ce système s'occupe de personnes qui ont une maladie aiguë — des psychoses, le trouble bipolaire —, c'est-à-dire de la population qui par le passé était prise en charge par les asiles. Nous avons évalué, vers le milieu des années 60, que nous avions environ 30 000 lits réservés aux soins psychiatriques en Australie pour une population de quelque 12 millions de personnes. Actuellement, le ratio, dans le secteur public, est de quelques 5 000 lits psychiatriques pour une population de 20 millions.

Dans le premier plan, sur lequel il y a eu entente en 1993, on insistait surtout sur un changement dans la gamme des services offerts par des spécialistes du système public. Il n'était pas question de réduire les effectifs des hôpitaux psychiatriques, qui avaient déjà été soumis à de pareilles mesures. Au début des années 90, il ne restait plus au pays que 9 000 lits réservés aux soins psychiatriques environ. Cette baisse phénoménale du nombre de lits réservés aux soins psychiatriques a marqué le début de la désinstitutionnalisation survenue du milieu des années 60 jusqu'à la fin des années 80. Elle s'est poursuivie par un certain nombre de fermetures, mais la politique ou le programme stratégique qui y était associé était vraiment réduit à sa plus simple expression.

En 1993, on a beaucoup mis l'accent sur le système public de soins spécialisés, et les changements fondamentaux apportés ont consisté à modifier l'équilibre des services offerts en diminuant le recours aux soins en établissement et en augmentant la quantité de ressources investies dans les soins communautaires.

Le rôle du gouvernement fédéral a consisté en grande partie à financer seulement 2 ou 3 p. 100 environ des dépenses des États et des territoires de manière à leur laisser une certaine marge de manoeuvre financière pour amorcer le changement.

En 1997 ou 1998, pendant que s'effectuait une étude épidémiologique nationale, nous avons probablement pris conscience que le principal problème en matière de santé mentale pour toute la collectivité n'était pas tant les psychoses, les troubles bipolaires et les troubles à faible taux de prévalence que les troubles à fort taux de prévalence.

As a result of work such as the Global Burden of Disease Study by Murray and Lopez, we expanded the policy focus to take a “whole population” view of mental health care.

This is important for two reasons. Under our health financing system, it has for the first time brought into play those parts of the health care systems, particularly general practitioners, that deal with the bulk of people who have high-prevalence disorders such as depression and anxiety. This was an area of health funding that the federal government did have responsibility for, so for the first time, it, in a sense, became our business as well.

The second important point was that in doing that, we have engaged in large-scale mental health literacy campaigns throughout the community, because we realized that people’s knowledge of mental health problems was very low compared with the epidemiology, which was very high; and second, we became very aware that the stigma attached to mental health was also high, and therefore people who were experiencing mental health problems were not even seeking care in any of the health care systems that were available.

That has led us to some major problems in relation to trying to sustain and support our general practitioner workforce, looking at mental health in our schools, and having a much broader population health approach to this problem.

What would we have done differently? Probably the major thing that has emerged over the last 10 years for us is that because we were a health department, we focused on the health aspects of mental health care, but what we have become much more conscious of is that without an appropriate social care model that focuses on all the needs of people with mental health problems, we will only go so far.

Yes, we have had some major reforms in relation to the service system. However, what we have not been able to do very well yet is to provide the employment responses, the housing responses and the social care models that ensure people who are living with a mental illness — and I think that is the term we use now, it is not something that will be cured, necessarily — are able to do so with the maximum social interaction and social participation that in itself will help to keep them stable and will help towards recovery. Medical treatment alone will not be an adequate response for people with mental health problems.

Those would be my brief opening comments about the journey that we have taken. In summary, we found it important not just to focus on what was the traditional mental health system, the asylums and the low-prevalence disorders, that we needed to take a broader population approach; the second thing is that we did not give sufficient focus to the social care, income, employment and housing aspects, and again, certainly housing is very much a state and territory responsibility. In our third plan, to which ministers have just agreed, we are now starting to put a

À la suite d’études comme celle de Murray et Lopez sur le fardeau global de la maladie, nous avons commencé à tenir compte de la population globale en matière de santé mentale.

Le fait a son importance, pour deux raisons. En vertu de notre système de financement de la santé, pour la première fois, on tenait compte des composantes des systèmes de santé, particulièrement des omnipraticiens, qui traitent la plupart des gens qui ont des troubles à taux élevé de prévalence comme la dépression et l’anxiété. C’était là un volet du financement de la santé au sujet duquel le gouvernement fédéral avait une responsabilité. Donc, pour la première fois, la question est devenue en un certain sens de nos affaires.

Le second point, c’est qu’en même temps, nous nous sommes lancés dans de vastes campagnes d’information sur la santé mentale, parce que nous nous sommes rendu compte qu’on savait très peu au sujet des problèmes de santé mentale par rapport à l’épidémiologie, qui était très élevée. Ensuite, nous avons été très sensibilisés au fait que les stigmates liés à la santé mentale étaient également nombreux et que, par conséquent, ceux qui souffraient de troubles mentaux ne cherchaient même pas à obtenir des soins du système de santé.

La situation nous a causé de bien grands problèmes quand nous avons cherché à soutenir nos omnipraticiens, à examiner la santé mentale dans nos écoles et à adopter une approche beaucoup plus globale à l’égard de ce problème.

Vous m’avez demandé ce que nous aurions fait différemment. La constatation la plus importante que nous ayons faite au cours des dix dernières années est que, parce que nous sommes un ministère de la Santé, nous avons ciblé les aspects santé des soins de santé mentale. Par contre, nous sommes devenus beaucoup plus conscients qu’en l’absence d’un modèle de soins sociaux convenables axé sur tous les besoins des personnes ayant des troubles de santé mentale, on ne va pas très loin.

Nous avons effectivement réformé toute la prestation des services. Cependant, ce que nous n’avons pas réussi à très bien faire, c’est d’intervenir au niveau de l’emploi, du logement et des soins sociaux pour faire en sorte que ceux qui vivent avec une maladie mentale — je crois que c’est l’expression que nous utilisons actuellement puisque la personne ne guérira pas forcément — sont capables de le faire dans un contexte d’interaction sociale maximale et de participation à la vie sociale qui, comme telles, les aideront à demeurer stables et à se rétablir. Le traitement médical à lui seul n’est pas une réponse adéquate aux problèmes des personnes atteintes de troubles mentaux.

Voilà ce que je puis vous dire rapidement du cheminement que nous avons fait. Bref, nous avons constaté non seulement qu’il était important de se concentrer sur le système classique de santé mentale, les asiles et les troubles à taux élevé de prévalence, mais également qu’il fallait adopter une approche plus globale; ensuite, nous nous sommes rendu compte que nous n’avons pas suffisamment insisté sur l’aspect des soins sociaux, du revenu, de l’emploi et du logement et, à nouveau, je précise que le logement relève nettement de la compétence des États et des

lot more focus on the concept of recovery and maintenance of care in the community than we would have even thought about 10 years ago.

**The Chairman:** Thank you for that overview. We will have a number of questions on it.

Ms. Hefford, do you want to make comments on your strategy? You call it a “drug strategy” and I would call it “addiction.” Could you comment in particular on how the linkages between the mental health strategy and your strategy work, or are you in fact two silos operating separately?

**Ms. Jenny Hefford, Assistant Secretary, Drug Strategy Branch, Department of Health and Ageing, Government of Australia:** Very broadly, Australia has had what we call a “National Drug Strategy” system since the mid-1980s. It is something that we have revised and refined over the years and it has been a learning experience at all levels, both at our federal health level and within state governments, right down to a local service and practitioner level.

In the latest iteration, there are things that I think we are certainly doing much better. One of those is that we have a much more collaborative approach now across sectors and through various levels of government. We now have a strategy into which the federal government has put \$1 billion over the last five or six years, and it involves health, law enforcement, education and customs at a federal, state and local level. We think that we are actually getting better at working through the issues because we have this cross-disciplinary, cross-sector approach. That means, for example, that we have been able to introduce early diversion programs for young people who are identified by the police as in possession of cannabis or small amounts of other drugs, and who are given the opportunity to choose not to have a sentence of any kind recorded but to go into assessment and treatment. Some of those things have been very successful. We have had between 30,000 and 40,000 young people diverted out of the judicial system and into treatment through that sort of process.

That said, despite the effectiveness that we would ascribe to our current three pillars, which are supply reduction, demand reduction and harm reduction and involve those various areas of government both at a federal and state level, the issue you are talking about now is the one where we would have to say we have been least effective. I would support a lot of the things that Mr. Casey has said, in that we would still have to say that one in four people with a substance use problem also has an underlying mental health problem. In fact, as many as 60 per cent or 70 per cent of clients of drug and alcohol treatment services have an underlying or undiagnosed mental health disorder.

territoires. Dans notre troisième plan, auquel viennent tout juste de souscrire les ministres, nous commençons à insister sur le concept du rétablissement et du maintien des soins dans la communauté, beaucoup plus que nous l’aurions même envisagé, il y a dix ans environ.

**Le président:** Je vous remercie de cet aperçu. Nous aurons plusieurs questions à vous poser à son sujet.

Madame Hefford, avez-vous des observations à faire au sujet de votre stratégie? Vous la qualifiez de stratégie contre la drogue alors que je parlerais de toxicomanie. Pourriez-vous nous parler plus particulièrement de la manière dont s’articulent les liens entre la stratégie en matière de santé mentale et votre stratégie ou sont-ce, en fait, deux stratégies complètement distinctes?

**Mme Jenny Hefford, secrétaire adjointe, Direction de la stratégie contre la drogue, ministère de la Santé et de la Vieillesse, gouvernement de l’Australie:** Pour en parler en termes très généraux, l’Australie a ce que nous appelons une «stratégie nationale contre la drogue» depuis le milieu des années 80. Nous l’avons révisée et peaufinée au fil des ans, ce qui a été une expérience d’apprentissage à tous les niveaux, tant à notre niveau fédéral qu’au niveau des gouvernements d’État, sans oublier le niveau local de la prestation des services et des praticiens.

Dans la dernière version, il y a des choses que nous faisons assurément beaucoup mieux. Entre autres, il y a beaucoup plus de collaboration entre les secteurs et aux divers niveaux de gouvernement. Nous avons maintenant une stratégie dans laquelle le gouvernement fédéral a injecté un milliard de dollars au cours des cinq ou six dernières années. Elle englobe la santé, le maintien de l’ordre, l’éducation et les douanes au niveau fédéral, au niveau des États et au niveau local. Nous croyons mieux travailler en réalité à régler les problèmes grâce à cette approche transsectorielle et transdisciplinaire. Cela signifie, par exemple, que nous avons réussi à lancer des programmes de déjudiciarisation hâtive pour les jeunes qui se font prendre par les policiers en possession de cannabis ou de petites quantités d’autres drogues et auxquels on offre la possibilité de ne pas avoir de verdict enregistré contre eux à condition de se soumettre à une évaluation et à un traitement. Certaines de ces mesures ont connu beaucoup de succès. Ainsi, entre 30 000 et 40 000 jeunes ont été écartés du système judiciaire et ont reçu des traitements grâce à ce processus.

Cela étant dit, en dépit de l’efficacité dont nous qualifierions nos trois piliers actuels, qui sont une réduction de l’offre, une réduction de la demande et une réduction des effets néfastes et qui engagent la participation des diverses autorités tant au niveau fédéral que de l’État, la question dont vous discutez actuellement est une de celles au sujet desquelles il faudrait dire que nous avons été les moins efficaces. Je souscris à beaucoup de choses qu’a dites M. Casey, en ce sens qu’une personne sur quatre ayant un problème de toxicomanie continue d’avoir des troubles mentaux sous-jacents. En fait, jusqu’à 60 ou 70 p. 100 des clients des services de traitement de la toxicomanie et de l’alcoolisme ont un trouble mental sous-jacent ou non diagnostiqué.

We probably deal least well with those clients, for all the reasons that you have suggested, that they fall between the gaps, they fall between the pillars in terms of either mental health and acute care settings or addiction and drug/alcohol treatment services. I have some suggestions for how you could look at some of those issues based on our experience, but I am happy to leave it at that and see where you want to go from your questioning.

**The Chairman:** Thank you both for that, and we will come, Ms. Hefford, to where you think we should go in a second.

Can I clarify several points? Ms. Hefford, when you talk about a drug strategy, do you include alcohol in that? You did not mention it and so I am wondering where alcoholism fits. Does it fit in the health care system, in the mental health system, or is it part of the drug strategy?

**Ms. Hefford:** There are a few things I will say about that. If you are asking me about the broad issue and the cost of drug-related harms in Australia, our biggest single issue is tobacco, which probably parallels the Canadian experience. The second biggest issue is the misuse, inappropriate use or diversion of pharmaceuticals, and below that we then have alcohol and poly-drug use. Poly-drug use is becoming the single biggest issue across the country for us, and probably this also parallels your experience. Every heroin user has also been using Benzos. They have also always been drinking. Most drug and alcohol treatment services — and we fund services that treat equally problems of addiction related to illicit and licit drugs — would all say that the most common scenario is that someone would present and claim to have a problem with a particular drug, but their secondary issue is almost always alcohol.

We fund services that would treat these in similar ways and we do not discriminate in the funding that we give to alcohol or other drug treatment services. We simply fund the IOD sector, alcohol and other drug treatment sector, to deal with issues of addiction from presenting clients.

Does that answer the question?

**The Chairman:** What that says to me, and which is good, is that you have a very broad interpretation or definition of drugs, in the sense that it includes alcohol, incorrectly used drugs and tobacco. Is that correct?

**Ms. Hefford:** That is right.

**The Chairman:** You are now in your third five-year plan, in the sense that this is your third strategy?

**Mr. Casey:** Yes. We say one strategy, three plans. We are in the third five-year period. Ministers have recently agreed to a further plan for five years. Each one builds on the previous one. We are

Ce sont probablement ceux avec lesquels nous réussissons le moins, pour toutes les raisons que vous avez avancées, soit qu'ils tombent entre les mailles du filet, qu'ils ne sont ni soignés dans un milieu hospitalier ou psychiatrique, ni traités pour leur toxicomanie et alcoolisme. J'aurais quelques suggestions à faire quant à la façon d'examiner certaines de ces questions en fonction de l'expérience que nous avons vécue, mais je vais m'arrêter ici et voir dans quel sens vont vos questions.

**Le président:** Je vous remercie tous deux de vos propos, et nous aborderons dans quelques instants, madame Hefford, les sujets qui selon vous devraient nous intéresser.

Puis-je demander quelques petits éclaircissements? Madame Hefford, quand vous parlez de stratégie contre les drogues, y incluez-vous l'alcool? Vous ne l'avez pas précisé, de sorte que je me demande où au juste s'inscrit l'alcoolisme. Est-il intégré au système de santé, au système psychiatrique ou fait-il partie de la stratégie contre les drogues?

**Mme Hefford:** J'aurais quelques points à préciser à ce sujet. Si vous m'interrogez au sujet du problème en général et du coût des effets néfastes des drogues en Australie, notre plus grand problème est le tabagisme, ce qui est probablement parallèle à l'expérience canadienne. Le second grand problème est la mauvaise utilisation ou la consommation à des fins inappropriées de produits pharmaceutiques, suivie de la consommation d'alcool et la polytoxicomanie. La consommation de plusieurs drogues à la fois est en train de s'imposer comme le plus grand problème chez nous, ce qui coïncide probablement également avec votre expérience. Chaque héroïnomane consomme également des Benzos. De plus, il a toujours consommé de l'alcool. La plupart des services de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme — et nous finançons des services qui traitent également des problèmes de toxicomanie liés aux drogues licites et illicites — affirmeraient tous que le scénario le plus courant est le client qui se présente et prétend avoir un problème de consommation d'une drogue particulière, mais un problème secondaire est presque toujours l'alcool.

Nous finançons de la même manière les services qui traitent ces problèmes et ne faisons pas de discrimination dans le financement que nous accordons aux services de traitement qu'il s'agisse d'alcool ou d'autres types de substances. Nous finançons simplement le secteur IOD, le secteur du traitement de l'abus de l'alcool et des autres toxicomanies, pour faire face aux problèmes de toxicomanie des clients qui se présentent.

Est-ce que cela répond à votre question?

**Le président:** Si je comprends bien, et c'est une bonne chose, vous avez une interprétation ou une définition très large des drogues dans ce sens qu'elle comprend l'alcool, les médicaments mal utilisés et le tabac. Est-ce exact?

**Mme Hefford:** C'est exact.

**Le président:** Vous en êtes maintenant à votre troisième plan quinquennal, du fait qu'il s'agit de votre troisième stratégie?

**M. Casey:** Oui. Nous disons une stratégie, trois plans. Nous en sommes à la troisième période de cinq ans. Les ministres ont récemment accepté un autre plan de cinq ans. Chacun bâtit sur les

moving now into what will eventually become a 15-year commitment. It remains under the banner of the National Mental Health Strategy.

**The Chairman:** I gather from what you have said that your focus has increasingly been on delivery. You recognize that you have to go beyond the narrow definition of “mental illness.” You have broadened it to talk about the entire person and social delivery as well as health care delivery.

Am I correct? Since 1992, over the last 12 years, there has been the development of a broader concept of mental illness and, therefore, a broader set of tools to deal with the problem?

**Mr. Casey:** Yes, that is basically correct. That summarizes it. National coordination has now become much more important to us, not just in our role as the national government but also in assisting the states and territories. It has become much more relevant to some of the broader federal government objectives that we seek to achieve.

An example of that would be that through our epidemiological studies, we have been able to look at a subpopulation, those people who are in receipt of government assistance through pensions, unemployment benefits, et cetera. The prevalence rates for mental health problems amongst that subpopulation are much higher than in the general population. For sole-parent recipients of social security payments, we have prevalence rates for depression and anxiety of 40 per cent compared with the general population level of only a fifth of that.

This becomes relevant for the government when we are trying to increase social participation and return to work of people who have been on social security benefits. When the treasury is bringing forward data about population projections and the dependency ratio for an aging population, this becomes a relevant policy issue for our social security portfolio. It becomes a relevant policy issue for our employment and work-based relations portfolio.

In that sense, it is becoming more relevant to federal objectives, rather than the national government merely trying to assist the states and territories to run the health service more efficiently. It is becoming more of an entire government focus rather than just a health curative focus.

**The Chairman:** I am fascinated by the amount of data you have. Who is funding these epidemiological studies? I may be wrong, but I do not believe those data exist in Canada.

**Mr. Casey:** I do not believe you have done a national epidemiological study. The federal government decided to undertake our epidemiology study in 1995. We had the American epidemiology information. Quite frankly, our data

acquis du précédent. Nous nous dirigeons maintenant vers ce qui deviendra un jour un engagement de 15 ans. Mais cela demeure sous l'égide de la Stratégie nationale en matière de santé mentale.

**Le président:** Je crois comprendre à partir de ce que vous avez dit que vous mettez l'accent de plus en plus sur la prestation des services. Vous reconnaissez que vous devez aller au-delà de la définition étroite de «maladie mentale». Vous l'avez étendue pour qu'elle englobe la personne tout entière, la prestation des services sociaux aussi bien que la prestation des soins de santé.

Ai-je raison? Depuis 1992, au cours des 12 dernières années, il y a eu l'élaboration d'un concept plus large de maladie mentale et, par conséquent, d'un ensemble plus étendu d'outils pour faire face à ce problème?

**M. Casey:** Oui, ce que vous dites est fondamentalement exact. Cela résume le tout. La coordination nationale est maintenant devenue beaucoup plus importante pour nous, non seulement dans notre rôle comme gouvernement national, mais également pour apporter notre aide aux États et aux territoires. C'est devenu beaucoup plus pertinent dans le cas de certains objectifs plus larges que le gouvernement fédéral cherche à réaliser.

Un exemple de cela serait que par l'intermédiaire de nos études épidémiologiques, nous avons été en mesure d'examiner une sous-population, à savoir les personnes qui reçoivent une aide gouvernementale par le biais de pensions, de prestations d'emploi, et cetera. Les taux de prévalence des problèmes de santé mentale au sein de cette sous-population sont beaucoup plus élevés que dans la population générale. Dans le cas des prestataires de l'aide sociale uniparentaux, nous avons des taux de prévalence, dans le cas de la dépression et de l'anxiété, de 40 p. 100, alors que dans la population générale, ce taux de prévalence n'est que le cinquième de ce chiffre.

Cette information devient importante pour le gouvernement lorsque nous essayons d'accroître la participation sociale et la réintégration au marché du travail chez les gens qui reçoivent des prestations d'aide sociale. Lorsque le Trésor présente des données sur les projections démographiques et le rapport de dépendance pour une population vieillissante, cela devient une question politique pertinente pour notre portefeuille de la sécurité sociale. Cela devient une question politique pertinente pour notre portefeuille de l'emploi et des relations de travail.

Dans ce sens, cela devient plus pertinent pour les objectifs fédéraux, plutôt que de voir le gouvernement national simplement essayer d'aider les États et les territoires à gérer les services de santé de manière plus efficace. Cela devient davantage un sujet d'intérêt global pour le gouvernement plutôt qu'un sujet d'intérêt simplement du point de vue des soins de santé.

**Le président:** Je suis fasciné par la quantité des données que vous avez. Qui finance ces études épidémiologiques? Je peux me tromper, mais je ne crois pas que nous ayons ces données au Canada.

**M. Casey:** Je ne crois pas que vous ayez réalisé une étude épidémiologique nationale. Le gouvernement fédéral a décidé d'entreprendre notre étude épidémiologique en 1995. Nous avons l'information épidémiologique américaine. Pour

are not much different from theirs or any other country. However, unless they are Australian data, they do not have the relevance for policy development.

We carried out three studies in 1997. We carried out a household study in Australia. We did 10,600 interviews to gather our statistics. That is where we got our adult population information. We did a similar study for children and adolescents. We went to 3,500 homes and interviewed parents and children to get a better understanding of what it was like for people with low-prevalence disorders such as schizophrenia. We funded three catchment area studies throughout the country, mainly in urban areas, but we also took in some of the fringes. Those catchment studies identified all those people in the area who were known to agencies as having mental health problems and sought to interview them.

We have a very good epidemiological base. That cost us Aus. \$5 million between 1996 and 1998. We thought that that was a very good investment. Without those data, we would not be now able to address some of the policy issues and have a good understanding of the population.

When we got those data, we took them to the population under the slogan, "one in five." That was our slogan for five years. It was to increase public and political awareness of how significant mental health problems are to the community, and from which we could then develop some of our programs and policy responses.

Epidemiology was essential for bringing the community and the workforce to a common understanding of how the problem was being experienced in Australia.

**The Chairman:** Thank you for that. We will have to ensure that we get those kinds of Canadian data, because they do not exist.

I will turn to our deputy chairman, Senator LeBreton, who, interestingly enough, as one of her non-Senate activities, is the National President of an organization called Mothers Against Drunk Driving. She has had a long interest in the issue of addiction. I am delighted to have her as deputy chairman of the committee.

**Senator LeBreton:** The Chair's questions were a good lead-in to what I will ask. You talked about the mental health literacy campaign. One of the problems that we certainly found in our early studies was the issue of stigma.

Depression is one of the major problems. There are so many people who will question identifying a member of their family, or themselves, for that matter, as suffering from a mental illness because of the stigma.

dire franchement, nos données ne sont pas tellement différentes de celles des Américains ou de celles de n'importe quel autre pays. Cependant, si elles ne sont pas australiennes, elles n'ont pas de pertinence pour l'élaboration des politiques.

Nous avons réalisé trois études en 1997. Nous avons effectué une étude à domicile en Australie. Nos données statistiques sont tirées de 10 600 entrevues. C'est là que nous avons obtenu notre information sur la population adulte. Nous avons effectué une étude semblable pour les enfants et pour les adolescents. Nous nous sommes rendus dans 3 500 foyers pour interroger les parents et les enfants pour mieux savoir quelle était la situation pour les personnes ayant des maladies à faible prévalence, comme la schizophrénie. Nous avons financé des études dans trois bassins de population dans le pays, principalement en milieu urbain, mais nous avons également inclus certaines des périphéries. Ces études de bassins de population ont permis d'identifier toutes les personnes de la région connues par les agences comme ayant des problèmes de santé mentale et nous avons tenté d'interroger ces personnes.

Nous avons une excellente base de données épidémiologiques. Cela nous a coûté 5 millions de dollars australiens entre 1996 et 1998. Nous avons estimé qu'il s'agissait là d'un très bon investissement. Sans ces données, nous ne serions pas maintenant en mesure de faire face à certaines des questions politiques et nous n'aurions pas une bonne compréhension de la situation.

Lorsque nous avons obtenu ces données, nous les avons rendues publiques en utilisant le slogan: «Un sur cinq». Ce fut notre slogan pendant cinq ans. Le but était de sensibiliser davantage le public et le milieu politique à l'importance des problèmes de santé mentale pour la communauté et c'est à partir de cela que nous avons pu élaborer certains de nos programmes et de nos stratégies politiques.

L'épidémiologie a joué un rôle essentiel pour rassembler la communauté et les ressources en main-d'oeuvre autour d'une compréhension commune du problème tel qu'il était vécu en Australie.

**Le président:** Merci de ces observations. Nous devons nous assurer que nous obtenons ce genre de données au Canada, parce qu'elles n'existent pas.

Je vais donner la parole à notre vice-présidente, le sénateur LeBreton, qui, curieusement, parmi ses activités hors Sénat, est présidente nationale d'un organisme appelé «Les mères contre l'alcool au volant». Elle s'intéresse depuis longtemps à la question des toxicomanies. Je suis enchanté de pouvoir compter sur elle comme vice-présidente du comité.

**Le sénateur LeBreton:** Les questions du président ont bien préparé le terrain pour celles que je veux vous poser. Vous avez parlé d'une campagne de sensibilisation à la maladie mentale. Un des problèmes que nous avons évidemment rencontrés dans nos premières études est la stigmatisation.

La dépression est l'un des grands problèmes. Il y a beaucoup de personnes qui vont hésiter à dire qu'un membre de leur famille, ou elle-même, souffre d'une maladie mentale à cause de la stigmatisation.

I am interested in knowing how the mental health literacy campaign worked. Was it successful because you used these data? Who funded it and how long did the campaign last? Do you have any immediate feedback results on how this campaign and the issue of understanding mental health made its way into the population? Also, did people accept the campaign and allow you to gather more information as a result?

**Mr. Casey:** Let me respond to that, senator, by saying that in the mid-1990s we did a major, double-funded television, cinema and newspaper advertising campaign. Its only objective was to make people aware there were mental health problems.

We were really seeking to encourage a much more positive attitude, and I believe the television commercial slogan was along the lines of, "how much they suffer depends on you." It portrayed a number of scenarios in which we showed the difference between how we respond to and care for people who have a physical illness, and then how we respond to people who have mental health problems.

While we did not see a major shift in the population's attitudes toward mental health problems, even now people still remember the advertising campaign, so it did stick in their minds in some ways.

Following that, though, we have become much more targeted. We produced quite a lot of information leaflets, which we distributed through pharmacists, community organizations or whatever, and we probably gave out about 2 million of those in a two-year period. We have a mental health promotion program for our high schools, and nearly 70 per cent of them are now running that program. We have about 2,000 high schools.

This is really about changing the way in which young people start to learn about and experience this. It is coming through their curriculum and is very much a strategy focused on the next generation.

We have established a company, funded by government, called "beyondblue." It is a not-for-profit private company with a corporate objective of promoting a better understanding of depression. They fund a number of programs, so we have a major study ongoing on postnatal depression and are looking at bringing screening programs into our health care system. They are very much engaged in the media and have become the public face of mental health comment.

We have the National Mental Health Council that brings together all the mental health stakeholders in a federally funded organization that is there to speak to the federal government on

Je suis curieuse de savoir comment a fonctionné la campagne de sensibilisation à la maladie mentale. A-t-elle été un succès parce que vous avez utilisé ces données? Qui l'a financée et combien de temps a-t-elle duré? Avez-vous de la rétroaction immédiate sur la façon dont cette campagne et la question de comprendre la maladie mentale ont fait leur chemin dans la population? De plus, est-ce que la population a accepté la campagne et vous a-t-elle permis de recueillir plus d'information?

**M. Casey:** Laissez-moi répondre, sénateur, en disant qu'au milieu des années 90, nous avons entrepris une campagne de publicité majeure à financement double à la télévision, au cinéma et dans les journaux. Son seul objectif était de rendre les gens conscients de l'existence des problèmes de santé mentale.

Nous cherchions véritablement à susciter une attitude beaucoup plus positive et je crois que le slogan dans la publicité télévisée disait quelque chose dans le genre: «Dans quelle mesure vont-ils souffrir? Cela dépend de vous.» Il y avait un certain nombre de scénarios dans lesquels nous mettions en parallèle la façon dont nous réagissons aux personnes atteintes d'une maladie physique et la façon dont nous réagissons aux personnes atteintes d'une maladie mentale.

Bien que nous n'ayons pas constaté de changement majeur dans les attitudes de la population face aux problèmes de santé mentale, même aujourd'hui, les gens se souviennent de la campagne publicitaire, alors elle a touché les esprits à certaines égards.

Cependant, par la suite, nous avons commencé à cibler beaucoup plus nos interventions. Nous avons produit un assez grand nombre de dépliants d'information, qui ont été distribués dans les pharmacies, les organismes communautaires et je ne sais quoi encore, et nous en avons probablement distribué environ deux millions au cours d'une période de deux ans. Nous avons un programme de promotion de la santé mentale dans nos écoles secondaires et près de 70 p. 100 d'entre elles utilisent ce programme. Et nous avons quelque 2 000 écoles secondaires.

Cette mesure vise en réalité à changer la façon dont les jeunes gens font connaissance avec cette réalité et font l'expérience de la maladie mentale. Cela leur est enseigné dans le cadre de leur formation scolaire et il s'agit d'une stratégie qui est fortement axée sur la prochaine génération.

Nous avons créé une entreprise, financée par le gouvernement, appelée «beyondblue». Il s'agit d'une entreprise privée sans but lucratif dont la mission est de promouvoir une meilleure compréhension de la dépression. Elle finance un certain nombre de programmes, dont une étude majeure qui est en cours sur la dépression postnatale et nous envisageons la possibilité d'ajouter des programmes de dépistage de cette dernière dans notre système de soins de santé. Elle est très présente dans les médias et est devenue l'incarnation du message en matière de santé mentale.

Nous avons le Conseil national de santé mentale qui réunit tous les intervenants dans le domaine de la santé mentale dans un même organisme financé par le gouvernement fédéral et qui a

behalf of the mental health community. Consumers, their families, politicians, non-government organizations, we have one organization for them all.

I think that was a major achievement, because one of the difficulties for government is being told different things by different people. Then, in making a decision, you will make some unhappy; but we have brought them together and told them to come to us with one voice. That has worked very well, and again, they have become a very important public focus for these activities.

There have been a number of elements rather than one strategy. Our recent data have shown us that we have improved mental health literacy in the Australian population by about 10 percentage points since 1996. Those data are shortly to be published and were gathered through a tracking study done by the Australian National University. We have just started to get their data, which are showing that it does make a difference to how well the public recognizes, understands and knows how to respond to people with mental health problems.

In the Australian community, 60 per cent of people surveyed say they either know someone at work, at home or a family member or a relative whom they believe has a mental health problem. Their perception of the problem is there. Their fear about being involved in it, the stigma, was still there. However, from tracking what happens in the media, we are able to see the way in which the positive stories have an effect.

We also had the National Media Strategy, where we worked directly with the media to promote more positive messages about mental health and suicide prevention. That strategy operates in the journalism schools and the universities, where we are teaching journalists about how they should approach these issues when reporting them to the community in a way that is not stigmatizing.

There has been a major funding strategy on the part of the federal government, because we see this as our responsibility. It is about the population as a whole, as opposed to the service delivery, which we see as a state and territory responsibility.

**Senator LeBreton:** Would I be right in assuming that a lot of this has addressed the issue of stigma? If people do not have to live with the fear of stigma, and they treat mental illness like any other illness, is it correct to say that because of these campaigns, it has been dealt with quite significantly?

**Mr. Casey:** I think it has been dealt with to an extent. We have no comparative data from any other strategies to assess whether something like a 10-point improvement is a good or a poor outcome. We have not seen anyone else look at this issue and track it over a period of time.

pour objectif de parler au gouvernement fédéral au nom de la communauté active dans le domaine de la santé mentale. Les consommateurs, leurs familles, les politiciens, les organismes non gouvernementaux, nous avons un organisme pour tous ces gens-là.

Je pense qu'il s'agit d'une réalisation majeure, parce qu'une des difficultés auxquelles est confronté le gouvernement, c'est de se faire dire des choses différentes par différentes personnes. Alors, lorsqu'il prend une décision, il rend certaines personnes malheureuses; mais nous les avons réunies ensemble et leur avons dit de nous parler d'une voix unique. Cela a très bien fonctionné et, encore une fois, cet organisme est devenu un important porte-parole pour ces questions.

Il y a eu un certain nombre d'éléments plutôt qu'une seule stratégie. Les données récentes indiquent que nous avons amélioré la sensibilisation de la population australienne à l'égard de la maladie mentale d'environ 10 p. 100 depuis 1996. Ces données seront publiées bientôt et ont été recueillies par une étude de suivi réalisée par l'Université Nationale australienne. Nous faisons tout juste commencer à recevoir leurs données, qui montrent que cela fait une différence dans la façon dont le public reconnaît et comprend les gens ayant un problème de maladie mentale et dans la façon dont elles réagissent à ces personnes.

Dans la collectivité australienne, 60 p. 100 des personnes interrogées disent connaître quelqu'un au travail, à la maison, un membre de la famille ou un parent dont ils pensent qu'il a un problème de santé mentale. Leur perception du problème est là. Leur crainte à l'idée d'en faire partie, la stigmatisation, est toujours présente. Cependant, en suivant ce qui se passe dans les médias, nous sommes en mesure de voir l'effet des histoires positives.

Nous avons également une stratégie nationale des médias, dans le cadre de laquelle nous travaillons directement avec les médias pour promouvoir des messages plus positifs à l'égard de la santé mentale et de la prévention du suicide. Cette stratégie fonctionne dans les écoles de journalisme et dans les universités, où nous apprenons aux journalistes la façon d'aborder ces problèmes dans un reportage, d'une manière qui n'entraîne pas de stigmatisation.

Il y a eu une stratégie de financement majeure de la part du gouvernement fédéral, parce que nous pensons qu'il s'agit de notre responsabilité. Cela concerne la population dans son ensemble, contrairement à la prestation des services que nous considérons comme la responsabilité des États et des territoires.

**Le sénateur LeBreton:** Ai-je raison de supposer qu'une bonne part de tout cela a porté sur la question de la stigmatisation? Si les gens n'ont pas à vivre dans la crainte de la stigmatisation et s'ils traitent la maladie mentale comme n'importe quelle autre maladie, est-il exact de dire qu'avec ces campagnes, on a franchi un grand pas?

**M. Casey:** Je pense que l'on en a franchi un certain pas. Nous n'avons pas de données comparatives avec d'autres stratégies pour déterminer si une amélioration de 10 p. 100 constitue un bon ou un mauvais résultat. Nous n'avons vu personne d'autre traiter de cette question et faire un suivi pendant une période de temps.



What we can say is that our hospital contact data and our health service contact data show that there is a greater proportion of the population seeking care than was the case when we did our epidemiology study. We would conclude from that that they are now at least more prepared to seek treatment — and of course there are many effective treatments.

We also know that we do not know enough about treating all conditions. One of the downsides is that people are looking for treatment — and this is particularly true where you have mental health and addiction problems combined — but we do not yet have the strategies for necessarily good outcomes from those treatments. We are still working to understand how best to treat people with co-morbid conditions.

No doubt we are seeing more people seeking care. We see that as a response to people feeling less stigmatized themselves. The downside is it is putting some pressure on our health system, because mental health preparations, mental health content, are increasingly higher as a proportion of all health services than comparable conditions. Therefore, we are starting to see a greater demand coming through in our data.

**Senator LeBreton:** I was very taken by Ms. Hefford's statement that 30,000 to 40,000 young people — and I am particularly interested because of my work with Mothers Against Drunk Driving — have been diverted out of the criminal justice system into the health care treatment system. How did that happen? Did you catch them before they got into the criminal justice system, or did they land there and you got them out before they became lifelong residents of that system?

**Ms. Hefford:** It has taken several years, and in large part, it has depended on getting a fundamental shift in policing attitudes. What we now have are police on the beat whose starting position is not how can I arrest this person, but how can I prevent this person from ever being in this situation again?

That means that young people who are found to have some cannabis, marijuana, on them, for example, are taken to the local watch house and given an explanation of the options — that they can be held over for consideration by a magistrate the following morning and may or may not have a criminal conviction recorded against them, or they can agree to go for counselling and assessment, and into treatment services if the assessment suggests that is warranted.

The great majority of young people, particularly first-time offenders, will choose to go the counselling-assessment-treatment path. Of course, we have to have protections in there so that if young people fail to show up for that counselling session, they

Ce que nous pouvons dire, c'est que nos données sur les prises de contact avec les hôpitaux et sur des prises de contact avec les services de santé révèlent que la proportion de la population qui cherche à obtenir des soins est plus grande qu'au moment où nous avons réalisé notre étude épidémiologique. Nous pourrions en conclure qu'au moins les gens sont maintenant plus prêts à chercher un traitement — et, évidemment, il y a de nombreux traitements efficaces.

Nous savons également que nous n'en savons pas suffisamment sur le traitement de toutes les maladies. Un des inconvénients, c'est que les gens cherchent à se faire traiter — et c'est particulièrement vrai dans les cas où vous avez un problème de santé mentale combiné à des problèmes de toxicomanie —, mais nous n'avons pas encore les stratégies pour obtenir de bons résultats, nécessairement, de ces traitements. Nous travaillons toujours à essayer de comprendre quelle est la meilleure façon de traiter les gens qui se présentent avec des états de comorbidité.

Il ne fait aucun doute que nous voyons plus de gens chercher à se faire traiter. Nous interprétons ce résultat comme signifiant que les gens estiment qu'ils sont moins stigmatisés. L'inconvénient, c'est que cela exerce une certaine pression sur notre système de santé, parce que les préparations dans le domaine de la santé mentale, le contenu en santé mentale, augmentent sans cesse par rapport à l'ensemble des services de santé, comparativement à des états comparables. Par conséquent, nous commençons à voir poindre dans nos données une demande importante.

**Le sénateur LeBreton:** J'ai été très touchée par l'affirmation de Mme Hefford qui disait que 30 000 à 40 000 jeunes — et je suis particulièrement intéressée à cette question en raison de mon travail avec Les mères contre l'alcool au volant — ont échappé au système judiciaire pour se retrouver plutôt dans le système de soins de santé. Comment cela est-il arrivé? Est-ce que vous les avez attrapés avant qu'ils soient rendus dans le système judiciaire ou étaient-ils déjà dans ce système et vous les en avez retirés avant qu'ils ne deviennent des résidents à vie de ce système?

**Mme Hefford:** Il a fallu quelques années et la situation a été tributaire en grande partie d'un changement d'attitude fondamental chez les policiers. Ce que nous avons maintenant, ce sont des policiers sur le terrain dont la position de départ n'est pas de savoir comment ils peuvent arrêter cette personne, mais comment ils peuvent empêcher cette personne de se retrouver de nouveau dans une telle situation?

Cela signifie que les jeunes qui ont en leur possession du cannabis, de la marijuana, par exemple, sont amenés au poste local où on leur explique les choix qui s'offrent à eux — ils peuvent être détenus jusqu'à ce qu'un magistrat se penche sur leur cas le matin suivant et ainsi s'exposer à la possibilité d'être accusés d'un délit criminel, ou ils peuvent accepter de se soumettre à une séance de consultation et d'évaluation et à un traitement si l'évaluation détermine que c'est nécessaire.

La grande majorité des jeunes, surtout ceux qui en sont à leur première offense, choisissent la voie de la consultation-évaluation-traitement. Évidemment, nous devons prévoir certaines mesures de sorte que si le jeune ne se présente pas à la séance de

forfeit their right to go that way. They are brought back and sent down the other path, toward the criminal justice or judicial system. However, it has been very successful.

As I said, it has required a shift in policing attitudes. It also requires that you have counsellors, assessment services and treatment services available right across the country. There is no point in offering this option to young people and then saying there is no capacity in this regional centre for us to provide you with that. It has meant ramping up the services in those areas.

It is fair to say that both the police and the judicial system were initially hesitant about the way this would work. They now see this as being of enormous benefit, because the great bulk of their time is spent working with the really hard cases, the really criminal end, and they are not what they would see as wasting their time with 14- and 15-year-old first offenders truanting from school who have been found with a small amount of marijuana in their pocket.

For us, there are some other advantages. We now have, I think for the first time ever, a downward trend in hepatitis C rates. Hepatitis C has been an issue in prisons in Australia for many years, and we know that people who go to prison on a drug-related offence will often end up coming out of the correctional system with a bigger drug-related problem, and some blood-borne viruses into the bargain. We had a downward trend in HIV/AIDS data for something like eight years in this country. Now, in the last couple of years, we have seen a downward trend in hepatitis C rates, which we think is a huge breakthrough.

**Senator LeBreton:** My last question is on diverting young people. Do you have a mechanism in the educational system whereby they are made aware that these programs are available to them, if in fact they ever do get themselves into that situation?

**Ms. Hefford:** There is no simple answer to that. The three pillars we use are supply reduction, which is about border controls and closing down clandestine drug laboratories and so on, removing the product from the streets; demand reduction, which is about school-based drug education and government-run campaigns to reduce the demand; and harm reduction, which is about our treatment services and diversion programs for young people. I would like to say to you that those three pillars mean that young people are aware of the pitfalls. However, the reality is that for a proportion of young people, school-based drug education programs are ineffective, partly because they have an undiagnosed trauma or background of abuse, which means that their life experiences are not touched by those education programs.

consultation, il renonce de ce fait à la possibilité d'emprunter cette voie. Le jeune est alors dirigé vers l'autre voie, c'est-à-dire celle du système judiciaire. Cependant, cette approche a connu beaucoup de succès.

Comme je l'ai dit, il a fallu un changement d'attitude chez les policiers. Il faut également avoir des conseillers, des services d'évaluation et des services de traitements accessibles partout au pays. Il ne sert à rien d'offrir cette possibilité à des jeunes pour se faire dire qu'il n'y a pas de capacité dans le centre régional pour offrir ce service. Il a fallu améliorer les services dans ces endroits.

Il est juste de dire qu'au début les policiers et le système judiciaire nourrissent certaines réticences à l'égard de ce système. Aujourd'hui, ils considèrent que c'est très avantageux parce qu'ils peuvent consacrer le plus clair de leur temps sur les cas vraiment difficiles, les véritables criminels, plutôt que de perdre du temps avec des délinquants primaires âgés de 14 ou 15 ans qui font l'école buissonnière et qui se font prendre avec une petite quantité de marijuana dans les poches.

Pour nous, il y a certains autres avantages. Nous avons maintenant, pour la première fois de notre histoire je pense, une tendance à la baisse dans l'incidence de l'hépatite C. Depuis de nombreuses années, l'hépatite C constitue un problème dans les prisons australiennes et nous savons que les gens qui vont en prison finiront souvent par quitter le système correctionnel avec un problème lié aux drogues encore plus grave, avec en prime, certains virus transmissibles par le sang. Nous avons enregistré une tendance à la baisse dans les données sur l'incidence du VIH/sida depuis environ huit ans. Maintenant, depuis quelques années, nous voyons une tendance à la baisse dans le cas de l'hépatite C, ce qui, à notre avis, représente une percée majeure.

**Le sénateur LeBreton:** Ma dernière question porte sur la réorientation des jeunes. Y a-t-il un mécanisme dans votre système d'éducation qui permet d'informer les jeunes de la disponibilité de ces programmes, si jamais ils se retrouvaient dans cette situation?

**Mme Hefford:** Il n'y a pas de réponse simple à cette question. Les trois piliers de la stratégie que nous utilisons sont la réduction de l'offre, c'est-à-dire la surveillance des frontières et la fermeture des laboratoires clandestins, et cetera, éliminer le produit de la rue; la réduction de la demande, qui consiste à sensibiliser les jeunes aux drogues dans les écoles et qui comprend les campagnes gouvernementales pour réduire la demande; et la réduction des préjudices, qui concerne les services de traitements et les programmes d'orientation pour les jeunes. J'aimerais pouvoir vous dire que ces trois piliers signifient que les jeunes sont au courant des dangers. Cependant, la réalité, c'est que pour une certaine proportion des jeunes, les programmes de sensibilisation aux drogues dans les écoles sont inefficaces, en partie parce qu'ils souffrent d'un traumatisme non diagnostiqué ou qu'ils ont des antécédents d'abus, ce qui signifie que leurs expériences de vie ne sont pas touchées par ces programmes d'éducation.

That is a real issue for us. We seem now, in this discussion, to be moving from where Australia has been and some of our data to what we might change in policy terms if we were given the capacity. I can go on to do that, or I can wait until you want to get to that part of the discussion.

**Senator LeBreton:** That is fine.

**The Chairman:** You are on to it now, in terms of where you would go as opposed to where you have been, so why not go ahead.

**Ms. Hefford:** All right. The issue for us, as I have been saying, is undiagnosed, untreated trauma in young people, or abuse of young people. We know that these are precursors to young people either ending up on the streets or with an addiction problem or substance use problem linked to a mental health problem.

As to where I would go, I think there are a number of points. One of them is to look very carefully at earlier interventions. That means not just early interventions on the part of the health care system. You somehow have to enlist the support of police, school counsellors and others who might see things that are indicators of future trauma. Police attend car accidents where a member of a family is badly injured or perhaps killed. If there are young people present to witness that and they are not directed into counselling and support at that point, then you can expect that a few years down the road, such a young person will be a teenager with an undiagnosed trauma in a dysfunctional family. School counsellors pick up on truancy and other behaviour problems. It is trying to find ways of linking those commonplace, everyday issues and having those early interventions available so that young people who have those experiences are identified at an early stage as people whom the system needs to watch, who need access to more support and more care.

The other thing is we need to be conscious of the fact that we do have dysfunctional families. The family is not always the place for a young person to get the best support and assistance. On the other hand, some dysfunctional families can be helped, and young people can be helped when more support is directed to those families. Mr. Casey has talked about the need for a national mental health council such as we have in Australia. We need to accept that consumer advocacy is just as important in substance abuse as in other areas. It is not something we have done very well in this country but I think it could be shifted.

Il s'agit d'un véritable problème pour nous. Mais nous semblons maintenant, dans le cadre de cette discussion, quitter la question de la situation dans laquelle se trouvait l'Australie et la question de nos données pour parler plutôt de ce que nous aimerions changer en termes de politiques si nous en avions la capacité. Je peux en parler maintenant ou je peux attendre que vous soyez prêts à aborder cette partie de la discussion.

**Le sénateur LeBreton:** C'est très bien.

**Le président:** Vous êtes déjà rendu là, à savoir là où vous iriez par opposition à là où vous étiez, alors pourquoi ne pas continuer.

**Mme Hefford:** Très bien. Le problème pour nous, comme je le disais, ce sont les traumatismes non diagnostiqués, non traités chez les jeunes ou les abus commis envers les jeunes. Nous savons que ce sont là des situations qui prédisposent les jeunes à se retrouver dans la rue ou à avoir des problèmes de toxicomanie ou des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues liés à un problème de santé mentale.

Quant à savoir où je voudrais aller, je pense qu'il y a un certain nombre de points. L'un d'entre eux, c'est d'examiner très attentivement les interventions antérieures. Cela ne signifie pas seulement les interventions précoces de la part du système de soins de santé. Vous devez d'une manière quelconque obtenir l'appui des policiers, des conseillers scolaires et d'autres personnes qui pourraient voir des choses qui sont des indicateurs de traumatismes futurs. Les policiers doivent intervenir dans des accidents de la route où un membre de la famille peut être gravement blessé ou même tué. Si des jeunes sont témoins de ces événements et qu'on ne les dirige pas vers des séances de consultation et de soutien, on peut alors s'attendre que dans quelques années ces jeunes seront des adolescents porteurs d'un traumatisme non diagnostiqué dans des familles dysfonctionnelles. Les conseillers scolaires peuvent savoir si les jeunes font l'école buissonnière et déceler d'autres problèmes de comportement. Il s'agit de trouver des façons de lier ces problèmes courants, de tous les jours, et d'avoir ces interventions précoces disponibles de sorte que les jeunes qui vivent ces expériences sont repérés à un stade précoce comme des gens que le système doit surveiller, qui ont besoin d'avoir accès à plus de soutien et à plus de soins.

L'autre élément, c'est que nous devons être conscients du fait que nous avons des familles dysfonctionnelles. La famille n'est pas toujours l'endroit où un jeune peut obtenir le meilleur soutien et le plus d'aide. Par ailleurs, on peut aider certaines familles dysfonctionnelles et on peut aider les jeunes en accordant plus de soutien à ces familles. M. Casey a parlé de la nécessité d'un conseil national de santé mentale comme nous en avons un en Australie. Nous devons accepter l'idée que la défense du consommateur est aussi importante dans le domaine de la consommation d'alcool et d'autres drogues que dans n'importe quel autre domaine. Ce n'est pas quelque chose que nous avons bien réussi à faire dans ce pays, mais je pense que nous pourrions changer cela.

We saw the rise of a movement around supporting carers over the last 10 years. Carers are people who care for the frail, old or have a disability. We saw a huge rise in Australia in the amount of advocacy, support and understanding for carers who were caring for someone in their family who was frail and old and who would otherwise have been hospitalized or ended up in a nursing home.

We provided a lot of support and a lot of community understanding and recognition of what those people were doing. We need to think about how you would empower the consumer advocacy groups around substance abuse. There are parents and grandparents, even children, who are, in part, caring for or trying to support someone who has a substance use problem. We do not recognize those people and we do not have targeted supports for them. We do not have a recognized advocacy role or a lobbying role for them. We need to perhaps try to do some of that, to bring some greater public awareness to these issues and to help bring them out of the stigma category in which they still exist.

There is no doubt that people with a substance use problem in Australia are often self-medicating because they have a mental health problem, but are also dealing with a stigma associated with their substance use. We know that some GPs do not particularly want these people in their waiting rooms. We know that some pharmacists do not want these people coming in for their methadone or buprenorphine treatment, or even for clean needles. We know there are many barriers to accessing care and treatment and support, and we need to find ways of breaking down some of those.

I might leave it at that because I think I have taken it perhaps to the point where it is fair to toss it back to you.

I would like to parallel what Mr. Casey said about data. We actually have a National Drug Household Survey. Every three years we do a census of 27,000 households and we collect data on prevalence of use of all drug types. We use this to help us target treatments and identify where services are needed. It has been very valuable. I cannot emphasize too much how valuable having the data can be in dispelling some of the myths and in helping you target, geographically and regionally, the right service and setting in treating the right issue.

**The Chairman:** Thank you. We would totally agree with you on the data. I gather your data are collected by the equivalent of our Statistics Canada. It is the government?

**Mr. Casey:** That is right.

Nous avons assisté à la montée d'un mouvement visant à appuyer les aidants au cours des dix dernières années. Les aidants sont des personnes qui viennent en aide à d'autres personnes qui ont une santé fragile, qui sont âgées ou qui ont une incapacité. Nous avons vu en Australie une augmentation énorme du travail de défense, de soutien et de compréhension à l'égard des aidants qui s'occupent d'un membre de leur famille qui a une santé fragile ou qui est âgé et qui, autrement, serait hospitalisé ou se retrouverait dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Nous fournissons beaucoup de soutien et beaucoup de compréhension communautaire et de reconnaissance pour ce que ces gens font. Nous devons penser à la façon dont nous pourrions habiliter les groupes de défense en ce qui a trait à l'abus d'alcool ou d'autres drogues. Il y a des parents et des grands-parents, même des enfants, qui en partie, aident ou tentent de soutenir quelqu'un qui a un problème de toxicomanie. Nous ne reconnaissons pas ces gens et nous n'avons pas d'aide ciblée pour eux. Nous n'avons pas un rôle de défense reconnu ou un rôle de lobbying pour eux. Nous devons peut-être essayer de faire un peu de cela, de sensibiliser davantage le public à ces questions et d'aider à les affranchir de la catégorie des stigmatisés à laquelle ils appartiennent toujours.

Il ne fait pas de doute que les personnes qui ont un problème de consommation d'alcool ou d'autres drogues en Australie pratiquent souvent l'automédication parce qu'elles ont un problème de santé mentale, mais également parce qu'elles font face à la stigmatisation liée à leur dépendance. Nous savons que certains omnipraticiens n'aiment pas particulièrement voir ces gens dans leur salle d'attente. Nous savons que certains pharmaciens n'aiment pas que ces gens viennent pour leur traitement à la méthadone ou à la buprénorphine, ou même pour chercher des aiguilles propres. Nous savons qu'il y a de nombreux obstacles qui bloquent l'accès aux soins, au traitement et à l'aide, et nous devons trouver des façons d'en surmonter quelques-uns.

Je pourrais m'arrêter ici, parce que je pense en avoir dit suffisamment.

J'aimerais faire un parallèle avec ce que M. Casey disait au sujet des données. Nous avons actuellement une enquête-ménage nationale sur les drogues. Tous les trois ans, nous faisons un recensement de 27 000 foyers et nous recueillons des données sur la prévalence de la consommation de tous les types de drogues. Nous utilisons ces données pour cibler les traitements et déterminer où des services sont nécessaires. C'est un outil très précieux. Je ne peux insister suffisamment pour vous dire dans quelle mesure les données sont précieuses pour écarter certains mythes et pour vous aider à cibler, géographiquement et régionalement, le bon service et le bon cadre pour traiter le problème réel.

**Le président:** Merci. Nous sommes parfaitement d'accord avec vous sur les données. Je suppose que vos données sont recueillies par un organisme équivalent à notre ministère appelé Statistique Canada. S'agit-il du gouvernement?

**M. Casey:** C'est exact.

**The Chairman:** I want to come back to some cost questions. Let me turn next to my colleague, Senator Morin, who in his previous life was dean of medicine at one of the country's biggest medical schools.

**Senator Morin:** I would like to refer to a recent international review by a group of experts who stated that Australia leads the world in, amongst other things, mental illness prevention. I know some of this has been alluded to earlier, but what specific measures do you have for mental illness prevention and do you have any evidence that it is in fact effective?

**Mr. Casey:** I am not sure what that publication was. I think one of the difficulties is people often confuse the terms "promotion" and "prevention." I would not say we have yet found ways in which to prevent the onset of illness. What we are working on is how we might be able to prevent episodic relapse.

We have done a lot of work in the area of early psychosis assessment services, but I do not think that any of us know enough about mental illness to know whether we can specifically prevent the onset.

Having said that, though, we are currently, through our "beyondblue" national depression initiative, undertaking a major study in schools looking at whether specific psychosocial interventions through the classroom can prevent the onset of depression and anxiety in adolescents. That trial intervention will not be completed for another two years. That is a specific attempt to see, in a randomized, controlled way, whether in fact we can change the prevalence rates and the incidence of depression and anxiety in an adolescent population in comparison with what we would expect from our epidemiological data.

I think we have promoted a much better understanding of mental illness. We have certainly restructured and enhanced our health care system and, to a lesser extent, broadened that into the other areas of social and health policy, including the police force. If, in that sense, it has had an impact on preventing people developing mental illness or in assisting early intervention, then I think we have done something, but we do not have any specifics — and I do not know of any else who does; I would love to hear about it if they do — that could prevent the onset of illnesses.

**Senator Morin:** Thank you very much. My second question deals with the private sector mental health services. In Canada, we have no private sector at all as far as physicians and hospitals are concerned. I was surprised to see, if my figures here are correct, that 50 to 60 per cent of all people seen by a specialist in the mental health sector are seen in the private sector. For us, this is completely unheard of.

**Le président:** Je veux revenir sur la question des coûts. Laissez-moi donner la parole à mon collègue, le sénateur Morin, qui, dans une vie antérieure, était doyen de l'une des plus grandes facultés de médecine au pays.

**Le sénateur Morin:** J'aimerais faire allusion à une étude internationale récente réalisée par un groupe d'experts qui affirme que l'Australie est à l'avant-garde dans le monde pour ce qui est, entre autres choses, de la prévention de la maladie mentale. Je sais qu'on a fait allusion à cette question plus tôt, mais quelles mesures précises avez-vous pour la prévention de la maladie mentale et avez-vous des indications qu'elles sont véritablement efficaces?

**M. Casey:** Je ne suis pas sûr de savoir de quelle publication il s'agit. Je pense qu'une des difficultés, c'est que les gens confondent souvent les mots «promotion» et «prévention». Je ne dirai pas que nous avons trouvé des façons de prévenir l'apparition de la maladie. Ce sur quoi nous travaillons présentement, c'est sur la façon dont nous pourrions prévenir les rechutes épisodiques.

Nous avons fait beaucoup de travail dans le domaine des services d'évaluation précoce de la psychose, mais je ne pense pas que personne d'entre nous en sache suffisamment au sujet de la maladie mentale pour savoir si nous pouvons spécifiquement en prévenir l'apparition.

Ceci dit, nous entreprenons actuellement, par le biais de notre initiative nationale sur la dépression, appelée «beyondblue», une étude de grande envergure dans les écoles pour déterminer si des interventions psychosociales spécifiques en classe peuvent prévenir l'apparition de la dépression et de l'anxiété chez les adolescents. L'intervention expérimentale ne sera pas terminée avant encore deux ans. Il s'agit d'une tentative précise pour voir, dans une expérience randomisée et contrôlée, si en fait, nous pouvons changer les taux de prévalence et d'incidence de la dépression et de l'anxiété dans une population d'adolescents, par comparaison avec ce que nous pouvons prévoir à partir de nos données épidémiologiques.

Je pense que nous avons fait la promotion d'une bien meilleure compréhension de la maladie mentale. Nous avons certainement restructuré et amélioré notre système de soins de santé et, dans une moindre mesure, intégré cela dans d'autres domaines de la politique sociale et sanitaire, y compris les forces policières. Et dans ce sens, si cette façon d'agir a permis d'empêcher les gens de développer une maladie mentale ou a facilité l'intervention précoce, alors je pense que nous avons fait quelque chose, mais nous n'avons rien de précis — et je ne connais personne qui en a; et si c'était le cas, j'aimerais bien le savoir — qui pourrait prévenir l'apparition des maladies.

**Le sénateur Morin:** Merci beaucoup. Ma deuxième question porte sur les services de santé mentale du secteur privé. Au Canada, nous n'avons pas du tout de secteur privé en ce qui a trait aux médecins et aux hôpitaux. J'ai été étonné de voir, si les chiffres que j'ai ici sont exacts, que 50 à 60 p. 100 des personnes vues par un spécialiste en santé mentale le sont dans le secteur privé. Pour nous, c'est quelque chose de tout à fait inédit.

What is your impression of the private health service? If you started over again, would you still keep it? Do you think there are advantages in having it? Do you think there are disadvantages? What is your impression of the quality of care and the availability of the private sector health care?

**Mr. Casey:** That is a pretty broad question. I will try to break it down.

When we talk about the private sector in Australia, it is probably a bit of a euphemism. The public sector represents those services directly financed and run by state and territory governments, such as hospitals and community health systems — that historic constitutional responsibility for health care provision. When we talk about the private sector, we are talking about those services that are subsidized through our medicare system. In fact, government picks up 60 per cent of the cost of those services through its medicare funding.

Private services, in our case, would include general practitioners, because they are funded through medicare, or a psychiatrist in private practice. About 83 per cent of psychiatrists in Australia run private practices and do not work for the state mental health systems.

We also talk about the private hospital sector, which is available to people who have private health insurance. In Australia, everyone is covered by medicare. In addition, about 40 per cent of the population would have private health insurance. That private health insurance provides access to private health facilities, and that includes mental health services.

The insurance companies would like to get rid of psychiatric care from the schedule of services for which they have to pay, and they have tried in the past. The difficulty with mental health care is so little is known from the point of view of risk assessment, how low it should be, what the success rate should be, and what they should expect in terms of an ongoing pattern of care. If you break your arm, it gets fixed and you go on with your life. Subject to not falling again, your arm should be fine. With a mental health problem or psychiatric problem, that is not easy to articulate from the point of view of any understanding of the problem.

Our private sector is a mix. Private psychiatrists have tended until now to be very much in a primary treatment role. We would like to move them from seeing themselves as treating people with psychiatric and mental health problems to people who, because of their level of expertise, act as consultants to others. In the same way that consultant physicians, in relation to physical health, are the source of support and assessment for the general practitioner, we would like to move our private psychiatrists much more towards that role, and we are currently looking at our

Quelles sont vos impressions concernant les services de santé privés? Si vous deviez recommencer, est-ce que vous garderiez le secteur privé? Pensez-vous qu'il y a des avantages au fait qu'il soit présent? Pensez-vous qu'il y a des inconvénients? Quelles sont vos impressions sur la qualité des soins et sur l'accessibilité des soins de santé dispensés par le secteur privé?

**M. Casey:** C'est une question très vaste. Je vais essayer de la subdiviser.

Lorsque nous parlons du secteur privé en Australie, c'est probablement un euphémisme. Le secteur public représente les services financés et gérés directement par les gouvernements des États et des territoires, comme les hôpitaux et les services de santé communautaire, — qui sont historiquement responsables devant la Constitution de la prestation des soins de santé. Lorsque nous parlons du secteur privé, nous parlons des services qui sont subventionnés par le biais de notre régime d'assurance maladie. En fait, le gouvernement paie 60 p. 100 des coûts de ces services par l'intermédiaire du financement du régime d'assurance maladie.

Les services privés, dans notre cas, comprendraient les omnipraticiens, parce qu'ils sont payés par le biais du régime d'assurance maladie, ou un psychiatre en pratique privée. Environ 83 p. 100 des psychiatres en Australie ont des pratiques privées et ne travaillent pas dans le système de santé mentale de l'État.

Nous parlons également des hôpitaux privés, qui sont accessibles aux gens qui ont une assurance maladie privée. En Australie, tout le monde est couvert par le régime d'assurance maladie. De plus, environ 40 p. 100 de la population possède une assurance maladie privée. Cette assurance maladie privée donne accès à des installations de santé privées, et cela comprend des services de santé mentale.

Les compagnies d'assurance aimeraient se débarrasser des soins psychiatriques dans la gamme des services pour lesquels elles doivent payer, et elles ont tenté de le faire dans le passé. Le problème avec les soins de santé mentale, c'est qu'on sait si peu de chose du point de vue de l'évaluation du risque, à quel niveau il doit se situer, quel devrait être le taux de réussite, et ce à quoi elles doivent s'attendre en termes de soins permanents. Si vous vous fracturez le bras, on le répare et votre vie reprend son cours normal. Si vous ne faites pas une nouvelle chute, votre bras devrait bien se porter. Dans le cas d'un problème de santé mentale ou d'un problème psychiatrique, ce n'est pas quelque chose qui est facile à préciser, du point de vue de la connaissance du problème.

Notre secteur privé est un mélange. Jusqu'à maintenant, les psychiatres privés avaient fortement tendance à jouer un rôle de traitement primaire. Nous aimerions les amener à se voir non pas comme des personnes qui traitent des gens atteints d'une maladie psychiatrique et mentale, mais comme des personnes, qui, en raison de leur haut degré d'expertise, agissent comme des consultants auprès des autres. De la même manière que les médecins conseils, par rapport à la santé physique, constituent une source de soutien et d'évaluation pour les omnipraticiens, nous aimerions amener nos psychiatres privés à jouer ce rôle

financing strategies to encourage them to spend more of their time acting as consultant psychiatrists rather than treating psychiatric illness.

For our general practitioners, another part of our private system, the federal government introduced a program three years ago that is specifically designed to reward them financially for spending more time with people with mental health problems. It gives them access to referral to psychologists as an essential part of the mental health treatment team, and it also improves their education and training and provides them with emergency consultation services so that they do not feel they are left to deal with the problem alone if they engage with their patients' mental health problems. We have been told that if you are a GP and someone comes into your consulting room and you think they have a mental health problem, you keep quiet, because if you open the dialogue, you will still be there 20 or 30 minutes later, and of course, fee for service is the treatment model. We have encouraged them by saying that if it will take 20 minutes, we will pay them extra for taking the time. Currently, about 15 per cent of our GP workforce has enrolled in this program. We have about 3,500 GPs who are now enrolled in this program and recognize themselves as people who can offer slightly more and better mental health care. That is a new program.

The private hospitals will probably face some restructuring because ultimately, given the treatment services, their capacity to treat and the consumers' increasing desire to be treated at home and not in a psychiatric hospital, there will be less demand for private hospital beds for psychiatric care. We are encouraging the private provider industry to begin moving its service structure again towards community care, while still providing psychiatric care through the insurance premiums that people choose to pay. Sometimes, government regulation of the insurance industry gets in the way of good care. We are trying to look at the regulations to ensure that patients are still protected in relation to the premiums while allowing the providers to be more flexible in terms of the care that they provide and not create a barrier to good community care by forcing them to provide only in-patient care.

Our private sector is very complicated, but it does treat a pretty large proportion of the population, and the overall private sector, psychiatrists, GPs, and the private hospital providers, have all become part of the National Mental Health Strategy. It is not just a public sector strategy. We have engaged them. In a way, if you want to be involved in mental health care in this country, you have to join the club and be seen to be part of the strategy, or else you will be sidelined in any of the key policy decisions made in the country.

beaucoup plus, et nous examinons à l'heure actuelle nos stratégies de financement pour les encourager à consacrer plus de temps à agir comme psychiatre conseil plutôt qu'à traiter la maladie psychiatrique.

Pour nos omnipraticiens, une autre partie de notre système privé, le gouvernement fédéral a instauré un programme il y a trois ans qui est conçu expressément pour les récompenser financièrement de consacrer plus de temps aux gens atteints d'une maladie mentale. Ils ont la possibilité de faire intervenir des psychologues comme membres essentiels de l'équipe de traitement de la maladie mentale et cela améliore leur formation et leurs connaissances et leur assure des services de consultation d'urgence de manière qu'ils ne se sentent pas seuls pour régler le problème lorsqu'ils acceptent de s'occuper des problèmes de santé mentale de leurs patients. On nous a dit que si vous êtes omnipraticien et que quelqu'un se présente à votre cabinet et que vous pensez que cette personne a un problème de santé mentale, vous restez silencieux, parce que si vous ouvrez le dialogue, vous serez encore là vingt ou trente minutes plus tard et, évidemment, le paiement à l'acte est le mode de traitement en vigueur. Nous les avons encouragés en leur disant que si cela prend vingt minutes, nous allons les payer davantage pour avoir consacré ce temps aux malades. À l'heure actuelle, environ 15 p. 100 de notre main-d'oeuvre d'omnipraticien s'est inscrite à ce programme. Nous disposons donc de 3 500 omnipraticiens qui participent à ce programme et qui se reconnaissent comme des gens qui peuvent offrir un peu plus de soins en santé mentale et des soins un peu meilleurs. Il s'agit d'un nouveau programme.

Les hôpitaux privés devront probablement opérer une certaine réorganisation, au bout du compte, étant donné leur capacité de traitement et le désir de plus en plus fréquemment exprimé par les consommateurs d'être traités à la maison et non pas dans un hôpital psychiatrique, diminuant ainsi la demande de lits d'hôpitaux privés pour des soins psychiatriques. Nous encourageons les fournisseurs privés à commencer à réorienter leur structure de service vers les soins communautaires, tout en continuant de dispenser des soins psychiatriques grâce aux primes d'assurance que les gens choisissent de payer. Parfois, la réglementation gouvernementale du secteur de l'assurance fait obstacle à des soins de qualité. Nous essayons de revoir le règlement pour nous assurer que les patients continuent de recevoir une protection correspondant à leurs primes, tout en permettant aux fournisseurs une plus grande souplesse quant aux soins qu'ils dispensent et en évitant de les forcer à ne fournir que des soins en établissement, créant ainsi un obstacle à la qualité des soins communautaires.

Notre secteur privé est très compliqué, mais il traite une assez grande proportion de la population, et le secteur privé dans son ensemble, psychiatres, médecins de famille et hôpitaux privés, est devenu partie intégrante de la stratégie nationale en matière de santé mentale. Ce n'est pas seulement une stratégie du secteur public. Nous avons obtenu l'adhésion du secteur privé. En un sens, quiconque veut s'occuper de santé mentale dans notre pays doit adhérer au club et être perçu comme partie intégrante de la stratégie, faute de quoi il se retrouve sur la touche quant aux grandes décisions politiques prises à l'échelle nationale.

I have to say, in all honesty, that private psychiatrists have been the most disappointing in that respect, not because of a lack of willingness on the part of their leadership, but because they do not seem to be able to get take their eyes off the consulting couch for long enough to understand what is happening in the world. We are still working with them.

We think the private sector is an integral part of our health care system. The government's policy is such that people have choices in terms of where they receive their health care. In some states and territories, if you become a regulated patient or you are compulsorily admitted for psychiatric care, you can receive the care in a private hospital. That is not the case throughout the country but we are encouraging all states and territories to do that. If people have paid for private insurance and they need to be admitted to a psychiatric hospital, albeit under legislation, they are still entitled to receive the treatment for which they paid their insurance premium. We are trying to encourage all states and territories to have private facilities available because the government's policy is one system, multiple choice. I hope that answers some of your questions.

**Senator Morin:** It certainly does.

**The Chairman:** That was a wonderfully complete answer. If you are trying to persuade psychiatrists to move into more of a consulting role and do less primary care, does that mean you see the primary form of counselling coming from the general practitioner? Does your publicly funded program pay part or all of the cost of counselling services from, for example, a clinical psychologist, specially trained social worker or other people who are trained in that field but are not doctors?

**Mr. Casey:** Historically, our medicare system only provided rebates for medical services. The provider had to be a doctor. Increasingly, there is recognition that health care providers do not necessarily have to be doctors. In a recent initiative under our medicare system, as well as these sorts of more-options-better-outcomes GP programs, the government is starting to provide funding for the purchase of non-medical services as part of a multidisciplinary primary approach to health care. It is an emerging policy shift. The government has put its toe in the water and has begun to fund some levels of allied health care through our medicare system. I think this will increase. At the moment, there is a barrier to our primary care focus in mental health. One of the most effective treatments, particularly for common disorders, would be a combination of pharmacology and counselling psychotherapy, cognitive behaviour therapy or other therapy. We have a government subsidy for pharmacology and we are now increasing the government subsidy for counselling, psychotherapy and CBT. This is the shift that we are undertaking. We are starting to engage our psychologist workforce as part of a multidisciplinary health care system. That is part of the emerging picture and why we asked our psychiatrists to act more as consultants in the primary care area because we see it as the setting in which many mental health problems can be managed.

Je dois dire, en toute honnêteté, que les psychiatres privés ont été les plus décevants à cet égard, non pas à cause d'un manque de bonne volonté de la part de leurs dirigeants, mais parce qu'ils ne semblent pas capables de détourner les yeux du divan de consultation assez longtemps pour comprendre ce qui se passe dans le monde. Nous continuons à travailler avec eux.

Nous pensons que le secteur privé fait partie intégrante de notre régime de soins de santé. La politique du gouvernement est telle que les gens ont le choix quant à l'endroit où ils reçoivent leurs soins de santé. Dans certains États et territoires, un patient visé par la réglementation ou hospitalisé de force en soins psychiatriques peut se faire soigner dans un hôpital privé. Ce n'est pas le cas dans tout le pays, mais nous encourageons tous les États et territoires dans cette voie. Les gens qui ont payé un régime d'assurance privé et qui doivent être admis à l'hôpital psychiatrique, même sous le coup de la loi, ont quand même le droit de recevoir les traitements pour lesquels ils ont payé leurs primes d'assurance. Nous essayons d'encourager tous les États et les territoires à avoir des établissements privés, car la politique du gouvernement est d'avoir un seul système, mais de multiples choix. J'espère que cela répond à certaines de vos questions.

**Le sénateur Morin:** Absolument.

**Le président:** C'était une réponse extraordinairement complète. Si vous essayez de convaincre les psychiatres de s'occuper moins de soins primaires et d'agir davantage comme consultants, cela veut-il dire qu'à vos yeux, ce sont surtout les médecins généralistes qui doivent fournir les services de counselling? Est-ce que votre programme financé publiquement paie en tout ou en partie le coût des services de counselling dispensés par exemple par un psychologue clinicien, surtout des travailleurs sociaux ayant une formation spéciale ou d'autres personnes qui ont une formation dans ce domaine sans être médecin?

**M. Casey:** Historiquement, notre régime d'assurance-maladie remboursait seulement les services médicaux. Le dispensateur devait être médecin. De plus en plus, on reconnaît que les dispensateurs de soins de santé ne doivent pas nécessairement être tous médecins. Dans une récente initiative, autant dans le cadre de notre régime d'assurance-maladie que d'autres programmes axés sur un plus grand éventail de choix pour de meilleurs résultats, le gouvernement commence à donner de l'argent pour l'achat de services non médicaux dans le cadre d'une approche primaire multidisciplinaire des soins de santé. C'est une politique émergente. Le gouvernement a mis le doigt dans l'engrenage et a commencé à financer certains soins de santé connexes dans le cadre de notre régime d'assurance-maladie. Je pense que cela va aller en augmentant. À l'heure actuelle, il y a un obstacle à notre approche des soins primaires dans la santé mentale. L'un des traitements les plus efficaces, surtout pour les troubles les plus courants, serait un mélange de pharmacologie et de psychothérapie, de thérapie cognitivo-comportementale et d'autres thérapies. Nous avons une subvention gouvernementale pour la pharmacologie et nous augmentons actuellement la subvention gouvernementale pour le counselling, la psychothérapie et la thérapie cognitivo-comportementale. Nous nous orientons dans cette voie. Nous commençons à faire appel à notre effectif de psychologues dans le cadre d'un régime



**The Chairman:** I have two comments. Primary care, from your point of view, is essentially the point of entry to the system, which it was not historically. Is that correct? It is now the primary point of entry.

**Mr. Casey:** That is the direction in which we are trying to shift the focus.

**The Chairman:** You talked about shifting to fund the services of non-physician health care providers. The issue that would immediately arise in this country is that it had better be done by increasing the size of the pie rather than by redistributing some of the funds that now go to the medical profession to another profession. In other words, have you increased the pie or have you changed the emphasis to accomplish this? Have you changed the distribution of the pie?

**Mr. Casey:** At this stage, we are increasing the level of available funding and putting it through our Australian divisions of general practice, which are like management groupings of GPs, across the country. We are putting any additional support money into general practice. The government recently introduced some access to medicare payments, but we are not quite sure how that will work. We are increasing the resources. The reality, in any of these change processes, is that to be seen taking from Peter to pay Paul will always create enormous political difficulties in terms of engagement. Going back to our start on this over 10 years ago, we did need some new money — hump funding or investment funding — so that we could put new measures in place. We did that and our data show that we have saved money. For all of the funding for our newly structured community-based mental health services in the states and territories, we can actually show the source of the dollars. We publish an annual report that monitors the progress of mental health change in the country and we track where the money goes. It is important in any reform process to keep your eye on the dollar, because there are many people who would steal any money that they see lying around in the health care system.

In fact, one of fears of the federal government 10 years ago was that if we were to give money for mental health, then the states and territories would simply take it and spend it somewhere else. We had an agreement with them that they would maintain their level of funding if the federal government added to the pie. We actually tracked the dollars and the states and territories had to report to a system of monitoring expenditure. We do not need that system now, 10 years later,

multidisciplinaire des soins de santé. C'est un élément de notre nouvelle approche et c'est pourquoi nous avons demandé à nos psychiatres d'agir davantage comme consultants dans le domaine des soins primaires parce que nous estimons que c'est dans ce cadre que beaucoup de problèmes de santé mentale peuvent être résolus.

**Le président:** J'ai deux observations. Les soins primaires, de votre point de vue, sont essentiellement le point d'entrée du régime, ce qui n'était pas le cas historiquement. Est-ce bien cela? C'est maintenant le principal point d'entrée.

**M. Casey:** C'est l'orientation que nous essayons de prendre.

**Le président:** Vous avez parlé de financer les services des dispensateurs de soins de santé qui ne sont pas médecins. La question qui se poserait immédiatement dans notre pays est qu'il vaudrait mieux faire cela en augmentant le montant total plutôt qu'en répartissant autrement les fonds actuellement consacrés à la profession médicale. Autrement dit, avez-vous augmenté le montant total ou bien avez-vous changé l'orientation pour atteindre ce but? Avez-vous changé la répartition des fonds?

**M. Casey:** Pour l'instant, nous augmentons le montant disponible et injectons cet argent dans les divisions australiennes de médecine générale, qui sont comme des regroupements de médecins de famille aux quatre coins du pays. Tout montant additionnel est injecté dans la médecine générale. Le gouvernement a récemment introduit un certain accès à des paiements d'assurance-maladie, mais nous ne savons pas très bien comment cela fonctionnera. Nous augmentons les ressources. La réalité, dans tout changement de processus, c'est que si les gens ont l'impression que l'on reprend d'une main ce que l'on donne de l'autre, cela créera toujours d'énormes problèmes politiques. Si l'on remonte au début de ce changement il y a plus de dix ans, il a fallu injecter de l'argent neuf, en quelque sorte des capitaux de démarrage, pour mettre en place de nouvelles mesures. Nous l'avons fait et nos données montrent que nous avons économisé. Pour toutes les sources de financement de nos services de santé mentale communautaire nouvellement réorganisés dans les États et les Territoires, nous pouvons préciser la source de l'argent. Nous publions un rapport annuel qui indique les progrès accomplis dans le domaine de la santé mentale dans notre pays et nous suivons l'argent à la trace. Il est important, dans tout processus de réforme, de ne pas perdre de vue les montants d'argent, parce qu'il y a bien des gens qui n'hésiteraient pas à voler de l'argent qui traînerait pour ainsi dire dans le système de soins de santé.

En fait, l'une des craintes du gouvernement fédéral, il y a dix ans, c'était que si nous donnions de l'argent pour la santé mentale, les États et les Territoires se contenteraient de le prendre et de le consacrer à autre chose. Nous avons une entente stipulant qu'ils maintiendraient leur niveau de financement si le gouvernement fédéral augmentait le montant total. Nous avons suivi à la trace l'argent dépensé et les États et Territoires devaient faire rapport à une instance de contrôle des dépenses. Nous n'avons plus besoin

because governments, realizing how important this is at a jurisdictional level, would not use the money for something else because it has become such a political issue in the communities.

In the beginning, if the federal government had put money in, you could bet your bottom dollar the states and territories would have taken it and spent it somewhere else. We actually did monitor and still monitor expenditure. It is in the nature of federal government-state relationships in a federation. There is always a sense of healthy skepticism between the national and the provincial governments. Therefore, recognizing that and doing something to ensure it did not become a barrier was an important goal of the original architects of this strategy, who recognized that we needed to monitor where the money was going.

**The Chairman:** Obviously, provincial or state politicians are identical regardless of where you live in the Commonwealth. We have had extraordinary experiences in a variety of federally funded programs such as health, post-secondary education and others, where exactly the same thing occurred. The federal government increased contributions and, strangely enough, somehow the total amount of money spent never increased. There was always some sleight of hand so it was difficult to pin down exactly how it was done. I served for a period both as secretary to a provincial cabinet and deputy secretary to the federal cabinet, so I actually did see the sleight of hand from both sides.

Senator Cook was intimately involved in developing community-based health care centres, as opposed to the non-institutional type of health care centres, in a number of small rural communities, where major hospitals and institutional care were not possible. She approaches the subject from what you called the broader social policy side rather than the classic medical side.

**Senator Cook:** Community-based centres provide the social peace that brings a person with mental illness back to normal living, if you like — the ability to cope or acquire some life skills to move on with life.

My first question is where is the social worker in the continuum of care for that person when we move into community-based services? What role do your NGOs, the volunteer sector, play in the rehabilitation and the care of the individual?

**Mr. Casey:** Are we talking about mental health services here?

**Senator Cook:** Yes.

**The Chairman:** We want to hear from Ms. Hefford on the same issue in terms of addiction or drug services.

de ce système aujourd'hui, dix ans plus tard, parce que les gouvernements, se rendant compte de l'importance de cet aspect au niveau juridictionnel, ne consacraient pas l'argent à d'autres fins lorsque que c'est devenu l'objet d'une chaude controverse politique dans la collectivité.

Au début, si le gouvernement fédéral injectait de l'argent, vous auriez pu parier votre dernier dollar que les États et les Territoires auraient consacré cet argent à quelque chose d'autre. En fait, nous avons fait un contrôle et nous continuons de contrôler les dépenses. C'est dans la nature des relations intergouvernementales dans une fédération. Il y a toujours un sain scepticisme dans les relations entre les gouvernements national et provinciaux. Par conséquent, il fallait être conscient de cette réalité et faire quelque chose pour s'assurer que cela ne devienne pas un obstacle; c'était là un objectif important des architectes originaux de cette stratégie, qui étaient conscients qu'il fallait contrôler à quoi l'argent servait.

**Le président:** Manifestement, les politiciens provinciaux ou nationaux sont identiques, dans tous les coins du Commonwealth. Nous avons eu d'extraordinaires expériences dans le cadre de divers programmes dont le financement est assuré par le fédéral, par exemple la santé, les études supérieures et d'autres, où il s'est passé exactement la même chose. Le gouvernement fédéral a augmenté le financement et, chose curieuse, le total de l'argent dépensé n'augmentait pas. On jouait toujours à des jeux de passe-passe de sorte qu'il était difficile de savoir exactement comment on s'y prenait. J'ai été pendant un certain temps secrétaire d'un cabinet provincial et sous-secrétaire du cabinet fédéral, et j'ai donc opéré moi-même ces tours de passe-passe d'un côté comme de l'autre.

Le sénateur Cook a travaillé de près à l'élaboration de centres de soins de santé communautaires, par opposition aux centres de soins de santé ne faisant pas appel au concept d'établissement, dans un grand nombre de petites localités rurales, où il n'était pas possible d'implanter de grands hôpitaux et des soins en établissement. Elle aborde la question sous l'angle de ce que vous avez appelé la politique sociale au sens large, plutôt que sous l'angle traditionnel strictement médical.

**Le sénateur Cook:** Les centres communautaires peuvent offrir la paix sociale permettant à une personne souffrant de maladie mentale de réintégrer une vie normale, si l'on peut dire, la capacité de faire face ou d'acquérir de nouvelles habiletés de base permettant d'affronter les vicissitudes de la vie.

Ma première question est celle-ci: où se situe le travailleur social dans le continuum des soins pour une personne dans cette situation, quand on applique le modèle des services communautaires? Quel rôle jouent vos ONG, le secteur bénévole, dans la réadaptation et les soins dispensés à la personne?

**M. Casey:** Vous voulez parler des services de santé mentale?

**Le sénateur Cook:** Oui.

**Le président:** Nous voulons entendre Mme Hefford sur la même question, relativement aux toxicomanies et aux services aux drogués.

**Mr. Casey:** I will answer for mental health services and ask Ms. Hefford to talk about how that is managed in relation to the drug services.

With respect to the social worker, the psychologist or the mental health worker, we have a mixture of professional groups that work in mental health services. I could not give you one picture for the whole country because it varies greatly.

However, if I take, for example, the State of Victoria, which probably has the best-structured service mix — and I am talking about people who have low prevalence, severe disorders such as psychosis, bipolar and so forth — we have community mental health teams that are area based. The state government runs them.

The State of Victoria also spends about 10 per cent of its health dollars on buying support services from the non-government sector. Those services are arranged from within accommodation services, so it is staffed accommodation in the community, residential hostels, or even group homes where a small number of people would live, supported either on a roster or 24-hour basis, depending on their level of disability, by paid staff from non-government organizations.

The community mental health teams visit people in the home. They provide support, and they would also refer them to other services while they are living in the communities. They might be living with their families; they might be living in a shared situation with others.

What we are finding more is that the most difficult problem facing people with a severe and persisting mental illness such as schizophrenia is not the health care they receive. Most of them have a health care professional, most of them are in touch with services and most of them are receiving medication. The idea that people with schizophrenia are living under the bridges and in the back streets of the cities, while it is true of a proportion, is not true of the general population with those illnesses. Where they miss out most is on social engagement and participation.

I do not know if you have heard of the Clubhouse model, which is like a day centre, run by consumers for consumers. We find that if somebody is involved in that model and then goes on to an employment placement program, he or she stands a much better chance of having successful employment outcomes than someone who has not been through one of those social training programs.

We are, in our third plan, as I said at the outset, putting much more focus on the idea of recovery, rather than just looking at treatments. Recovery, for us, is the life that people have to lead while they will likely continue to have this illness, and the risk of acute episodes, for anything up to 20 or 30 years. We want to focus on living in the community and living with the illness, but in a much more supportive and socially responsive

**M. Casey:** Je vais répondre à la question sur les services de santé mentale et je demanderai ensuite à Mme Hefford de vous parler de cette problématique sous l'angle des services aux toxicomanes.

Pour ce qui est du travailleur social, du psychologue ou du travailleur en santé mentale, nous avons un ensemble de groupes de professionnels qui travaillent dans les services de santé mentale. Je ne peux pas vous brosser un seul tableau pour tout le pays parce que la situation varie énormément.

Par contre, si je prends par exemple l'État de Victoria, qui a probablement les services les mieux structurés — et je parle ici des gens qui ont des troubles de faible prévalence, des troubles profonds comme les psychoses, le trouble bipolaire, et cetera — nous avons des équipes communautaires de santé mentale à la grandeur des régions. C'est le gouvernement de l'État qui s'en occupe.

L'État de Victoria consacre aussi environ 10 p. 100 de son budget de la santé à l'achat de services de soutien du secteur non gouvernemental. Ces services sont prélevés à même les services de logement; il s'agit donc de locaux avec personnel dans la collectivité, de résidences, ou même de foyers de groupe où habitent un petit nombre de gens, bénéficiant d'un soutien 24 heures sur 24 ou discontinu, selon la gravité de leur incapacité, assuré par un personnel rémunéré employé par des organisations non gouvernementales.

Les équipes communautaires de santé mentale rendent visite aux patients sur place. Ils offrent un soutien et peuvent aussi les diriger vers d'autres services pendant qu'ils habitent dans la collectivité. Ils peuvent habiter avec leur famille; ils peuvent habiter dans des logements partagés avec d'autres.

Nous constatons de plus en plus que le problème le plus difficile auquel sont confrontés les gens qui souffrent de maladie mentale grave et prolongée comme la schizophrénie, ce n'est pas les soins de santé qu'ils reçoivent. La plupart d'entre eux ont un professionnel de la santé mentale, la plupart sont en contact avec des services et la plupart reçoivent des médicaments. L'idée que les schizophrènes habitent sous les ponts et dans les ruelles du centre-ville a peut-être un fond de vérité, mais ce n'est pas le cas de la plupart des gens atteints de ces maladies. Ce qui leur manque le plus, c'est l'intégration sociale.

J'ignore si vous avez entendu parler du modèle de Clubhouse, qui est une sorte de centre de jour dirigé par les consommateurs pour les consommateurs. Nous constatons qu'une personne qui passe par ce modèle pour aller ensuite dans un programme de placement sur le marché du travail a de bien meilleures chances d'occuper un emploi avec succès qu'une personne qui n'est pas passée par l'un de ces programmes d'intégration sociale.

Dans le cadre de notre troisième plan, comme je l'ai dit au début, nous mettons beaucoup plus l'accent sur l'idée de récupération, au lieu de nous attarder uniquement aux traitements. Pour nous, la récupération, c'est la vie que ces gens-là devront continuer de mener alors même qu'ils continueront probablement de souffrir de cette maladie, avec le risque d'épisodes aigus pendant une période pouvant atteindre

way that would prevent them from becoming users of health care services by having frequent episodes of illness that would lead to hospital readmission.

Neurologists also tell us that the more times that you have a psychotic episode in schizophrenia, the greater the brain damage that will occur and the more likely it is you will have recurring psychotic episodes. Even in a treatment sense, it is much better to maintain and care for people in a more stable environment, given that they will spend long periods of time in recovery and are unlikely to ever be cured of some of these very severe illnesses.

**Senator Cook:** Does the federal system fund these programs, are they funded by the state or does the state deliver them on behalf of the federal system? How do you funnel the money to those community-based programs?

**Mr. Casey:** The states and territories are responsible for funding services. The federal government does fund some services, but more in terms of demonstration projects. Increasingly, we have become directly involved, as Ms. Hefford said, in funding some drug services. Generally, states and territories provide and fund services. The federal government funds the states and territories.

When the federal government provides health funds to the states and territories, a specific element of that funding is for mental health care reform. We use that money to help the states and territories reorient the way in which services are provided.

None of us is naive enough to believe there is an endless bucket of money that can continue to be poured into service provision. Like any other country, we probably do not spend enough on mental health care, given the disability burden that it imposes on the communities. I do not think we are any different from any other country in that respect. However, we are able to help people reorient and re-engineer their systems to be more effective, and that means moving some of the resources away from a focus on health care and health treatment alone and understanding that that alone will be a wasted investment if you do not have other services.

Different states and territories make their own decisions. Victoria spends 10 per cent of its health budget on non-government organizations as parts of its mental health financing. In New South Wales, however, it is 4 per cent. It is interesting that those states and territories that have the most political difficulties to deal with are those that spend the least on community care. A state government with high spending on community care is less likely to experience political trauma around mental health.

20 ou 30 ans. Nous mettons l'accent sur la vie au sein de la collectivité, la capacité de vivre avec la maladie, mais dans un cadre offrant un bien meilleur soutien et une intégration sociale qui les empêchera de devenir des utilisateurs chroniques des services de soins de santé à cause de fréquents épisodes de maladie entraînant la réhospitalisation.

Les neurologues nous disent par ailleurs que plus les épisodes psychotiques sont nombreux en schizophrénie, plus les dommages au cerveau sont étendus et plus forte est la probabilité d'avoir par la suite de nouveaux épisodes psychotiques. Même dans le cadre du traitement, il est de loin préférable de soigner les gens dans un environnement plus stable, étant donné qu'ils passeront de longues périodes de convalescence et qu'il est improbable que le patient soit jamais guéri définitivement de ces maladies très graves.

**Le sénateur Cook:** Est-ce que le régime fédéral finance ces programmes, sont-ils financés par l'État ou bien l'État les administre-t-il au nom des autorités fédérales? Comment acheminez-vous l'argent à ces programmes communautaires?

**M. Casey:** Les États et Territoires sont chargés de financer les services. Le gouvernement fédéral finance bien certains services, mais il s'agit plutôt de projet de démonstration. De plus en plus, nous finançons directement certains services de toxicomanie, comme Mme Hefford l'a dit. En général, les États et territoires fournissent ces services et en assurent le financement. Le gouvernement fédéral finance les États et Territoires.

Quand le gouvernement fédéral fournit de l'argent pour la santé aux États et Territoires, un élément spécifique de l'argent est consacré à la réforme des soins de santé mentale. Nous utilisons cet argent pour aider les États et Territoires à réorienter la manière dont les services sont dispensés.

Aucun d'entre nous n'est assez naïf pour croire que la source de l'argent est intarissable et que l'on pourra continuer indéfiniment d'engloutir de l'argent dans la prestation des services. Comme n'importe quel autre pays, nous ne dépensons probablement pas assez pour la santé mentale, étant donné le fardeau que cela impose aux collectivités en termes d'incapacité. Je ne pense pas que nous soyons différents de tout autre pays à cet égard. Cependant, nous sommes en mesure d'aider les gens à réorienter et à réorganiser leur système pour qu'il soit plus efficace, et cela veut dire qu'il faut détourner une partie des ressources consacrées exclusivement aux soins de santé et au traitement, étant entendu que cet investissement à lui seul serait gaspillé en l'absence d'autres services.

Chaque État et territoire prend ses propres décisions. Victoria consacre 10 p. 100 de son budget de la santé aux organisations non gouvernementales dans le cadre du financement des soins pour la santé mentale. En Nouvelle-Galles du Sud, par contre, c'est seulement 4 p. 100. C'est intéressant de constater que les États et Territoires qui ont les plus grandes difficultés politiques dépensent le moins pour les soins communautaires. Un gouvernement d'État qui dépense beaucoup pour les soins communautaires a moins de chances d'être confronté à des difficultés politiques dans le domaine de la santé mentale.

Mental health is a significant political issue in Australia. We have quite a strong consumer-led voice, and in fact, the patron of our National Mental Health Council is the under-treasurer in the federal government.

There has been a significant development in engaging the political leadership in the country as part of the mental health community, and that has been a specific strategy of ensuring that the political leadership is well informed and also well respected for its positive response to mental health care at both the state and federal levels.

We have a very articulate consumer movement that is well educated. Obviously, it is inappropriate for us to be engaged in lobbying our own governments. The government funds its own lobbying mechanisms, but through an articulate mechanism that is responsive to the needs of government, the political leadership and its constituency.

**Senator Cook:** Your national drug formulary provides free access to prescription drugs outside a hospital setting, subject to an annual threshold. I would like you to help me understand that. Does access to the drugs flow through the system to the consumer?

**Mr. Casey:** It is more the other way around. Everyone has access to those drugs that are approved by the scheme and makes a copayment.

If you are a health card holder, a social security recipient, you will pay approximately \$3 per prescription. After your payments reach a certain threshold — and I cannot remember exactly what it is — you pay nothing.

We have a safety net for people who are high users of any form of pharmacology. Every time I fill a prescription for myself or a member of my family, it costs me \$23 or \$24, regardless of the cost of the drug. It is a fixed copayment. If I were a social security recipient, I would only pay \$3.

Access to pharmacology is structured in such a way that that should not be a barrier. Other than to the extremely poor or people who have no disposable income, it should not be a barrier.

**Senator Cook:** Mr. Chairman, we have not asked about indigenous people. I think it would be remiss of us not to do so, in light of the fact that our next study concerns our First Nations people. I am interested in hearing about your indigenous people. Do they live primarily in rural areas, urban areas or on reserves? What is the level of mental illness?

**Ms. Hefford:** We are having a little discussion here because neither of us has a strong background in what we would call indigenous health. However, I will kick off by saying that the majority of indigenous Australians do not live in remote areas,

La santé mentale est une importante question politique en Australie. Nous avons un groupe de consommateurs bien organisé; en fait, le président d'honneur de notre conseil national de la santé mentale est le sous-trésorier du gouvernement fédéral.

Il y a eu un très fort mouvement d'engagement du personnel politique du pays de la part de la communauté de la santé mentale, et cette stratégie visait explicitement à s'assurer que les dirigeants politiques soient bien informés et aussi respectés pour leurs réactions positives dans le dossier de la santé mentale au niveau fédéral et des États.

Nous avons donc un mouvement des consommateurs très bien informé et qui fait entendre sa voix. Évidemment, il ne convient pas que nous fassions du lobbying auprès de nos propres gouvernements. Le gouvernement finance ses propres mécanismes de lobbying, mais par l'entremise d'un mécanisme bien huilé qui répond aux besoins du gouvernement, des dirigeants politiques et de leurs commettants.

**Le sénateur Cook:** Votre formulaire pharmaceutique national prévoit le libre accès aux médicaments d'ordonnance à l'extérieur du cadre hospitalier, sous réserve d'un seuil annuel. Je voudrais que vous m'aidiez à comprendre cela. Le régime dispense-t-il directement les médicaments aux consommateurs?

**M. Casey:** C'est plutôt l'inverse. Chacun a accès aux médicaments qui sont approuvés par le régime et chacun fait un copaiement.

Un détenteur de carte d'assurance-santé, un bénéficiaire de la sécurité sociale paye environ 3,00 \$ par ordonnance. Quand les paiements accumulés atteignent un certain seuil, — je ne me rappelle pas exactement à combien il se situe — on ne paie plus rien.

Nous avons un filet de sécurité pour les grands consommateurs de médicaments. Chaque fois que je remplis une ordonnance pour moi-même ou un membre de ma famille, cela me coûte 23 \$ ou 24 \$, quel que soit le coût du médicament. C'est un copaiement fixe. Si j'étais bénéficiaire de la sécurité sociale, je paierais seulement 3 \$.

L'accès aux médicaments est structuré de telle manière que cela ne devrait pas être un obstacle. Sauf pour les gens extrêmement pauvres qui n'ont aucun revenu disponible, cela ne devrait pas être un obstacle.

**Le sénateur Cook:** Monsieur le président, nous n'avons pas posé de questions sur les Autochtones. Je pense que nous nous en voudrions de ne pas le faire, étant donné que notre prochaine étude portera sur nos Premières nations. Je voudrais que vous nous parliez de vos Autochtones. Habitent-ils surtout dans les régions rurales, en ville ou dans des réserves? Quel est le niveau de maladie mentale?

**Mme Hefford:** Nous nous consultons parce que ni l'un ni l'autre de nous deux ne connaît bien ce que nous appelons la santé autochtone. Je vais toutefois me lancer en disant que la majorité des Autochtones australiens n'habitent pas dans des régions

although the proportion that do have substantially greater problems around access to and support through health care systems than those who live in metropolitan areas.

Indigenous people fare far worse in our system in terms of all substance use. Prevalence rates for smoking, for example, are far higher among indigenous Australians than among non-indigenous Australians. Substance abuse issues, particularly with alcohol and petrol sniffing, are extreme in some indigenous communities.

Indigenous people have lower health ratings than non-indigenous Australians. The average life expectancy of an indigenous person is some 20 years lower than for a non-indigenous Australian.

If you wanted to have a more detailed discussion about indigenous Australians in terms of the kinds of programs that we have run and where we think there are opportunities for success, I suggest that we set up another session with some of the people who have worked extensively in this area. There are people with quite a lot of background and expertise in this who would be able to give you a great deal more assistance than either of us. We can only talk about the issues around mental health and substance use for that population. I think you would need to have a conversation about the broader health outcomes and health indicators for the whole of the indigenous population.

**Mr. Casey:** To add to that, about 1.5 per cent to 2 per cent of the population would be indigenous Australians. Everything that Ms. Hefford has said would be reflected in mental health care, that we would know that what we refer to in indigenous communities — and increasingly now use the language in the broader community — is not that they have psychiatric problems or mental illnesses, because culturally that is very challenging. We talk about the emotional and social well-being of the indigenous community. In some ways, that starts to mirror some of my previous comments about the general community. Our view of the state of one's psychological well-being and where that sits on the continuum between what we might just call normal psychological stress and when it become illness, and the relationship between those sorts of illnesses and the illnesses of schizophrenia or bipolar disorder, is coming much more to the fore in Australia. That is because the government has recently considered a report on the relationship between neurological and psychiatric disorders.

If we put the broad issues of neurological and psychiatric mental health problems together, the way in which our brain and our nervous system combine, we find that that far outweighs the total burden of any other health condition. It leaves cardiovascular disease for dead — excuse the pun — in terms of the burden it imposes on the community.

Increasingly, we are moving to looking at the relationship between the mind and the body, to use the old Cartesian separation of 400 years ago.

éloignées, quoique ceux qui le font ont beaucoup plus de problèmes d'accès aux soins de santé que ceux qui habitent en ville.

Les Autochtones ont des taux beaucoup plus élevés chez nous pour toutes les toxicomanies. Le taux de tabagisme, par exemple, est beaucoup plus élevé parmi les Australiens autochtones que parmi les Australiens non autochtones. Les problèmes de toxicomanie, surtout l'alcoolisme et l'inhalation d'essence, atteignent des proportions extrêmes dans certaines communautés autochtones.

Les Autochtones ont une plus mauvaise santé que les Australiens non autochtones. L'espérance de vie moyenne d'une personne autochtone est plus courte d'une vingtaine d'années que celle d'un Australien non autochtone.

Si vous voulez avoir une discussion plus détaillée sur les Autochtones australiens et sur les programmes que nous avons mis en place et les possibilités de succès que nous discernons, je propose d'organiser une autre séance avec des responsables qui ont beaucoup travaillé dans ce domaine. Nous avons des gens qui ont énormément d'expérience et d'expertise dans ce domaine et qui pourraient vous être beaucoup plus utiles que nous. Nous pouvons seulement vous parler des problèmes de ce groupe de population en matière de santé mentale et de toxicomanie. Je pense qu'il vous faudrait avoir une conversation plus générale sur la santé et les indicateurs de santé pour l'ensemble de la population autochtone.

**M. Casey:** J'ajoute à cela qu'environ 1,5 p. 100 à 2 p. 100 de la population est composée d'Australiens autochtones. Tout ce que Mme Hefford vous a dit se reflète dans le dossier de la santé mentale. Par ailleurs, quand il est question de santé mentale parmi la population autochtone, nous ne disons pas qu'ils ont des problèmes psychiatriques ou qu'ils souffrent de maladies mentales, parce que cela pose de graves problèmes sur le plan culturel. Nous utilisons d'ailleurs de plus en plus un autre langage de façon généralisée. Nous parlons plutôt du bien-être affectif et social de la communauté autochtone. À certains égards, cela commence à refléter mes observations antérieures au sujet de la population dans son ensemble. La question du bien-être psychologique et du continuum entre ce que l'on pourrait appeler le simple stress psychologique normal et la maladie mentale, et des liens entre ces diverses maladies et la schizophrénie ou le trouble bipolaire est de plus en plus d'actualité en Australie. C'est parce que le gouvernement a récemment étudié un rapport sur les liens entre les troubles neurologiques et psychiatriques.

Si l'on met ensemble tous les problèmes neurologiques et psychiatriques, regroupant toutes les pathologies du cerveau et du système nerveux, on constate que cela dépasse de loin l'ampleur de toute autre pathologie. Les maladies cardio-vasculaires en prennent pour leur rhume — excusez le jeu de mots — quant à l'ampleur du fardeau qu'elles imposent à la collectivité.

De plus en plus, nous sommes amenés à examiner la relation entre l'esprit et le corps, pour reprendre cette vieille séparation cartésienne d'il y a 400 ans.

I also have responsibility for national health priorities. As well as mental health and suicide prevention, my area also covers our national health priorities, which are CVD, diabetes, asthma and cancer. Increasingly, we are finding that there is a high correlation between people who are experiencing physical health problems that create the greatest health burden on the community and those who have a high level of co-morbid mental health and psychosocial problems.

That is an enormous challenge to the way in which we deal with the historical focus on our physical health system, if there is a strong underpinning around the psychological well-being of the individual. I suppose that is part of an attempt to say that the indigenous people have a lot to offer us in understanding the relationship between how you experience your world from your psychological and your social perspective, and what implications that has for how you physically can live your life in terms of a sense of wellness. That is coming back into our thinking, because they link the two. Your physical health and your mental health have to be linked together. We are starting to learn from that that perhaps we should look more closely at how those things interrelate, which goes back to the chairman's comment at the beginning of this discussion about why we have moved to a much broader population health focus in all of the programs we are working on. We cannot just see health in terms of treatment and medicine; we must see it as part of a broader social well-being issue for the community.

I will not speak about it now, but that has led us into a number of discussions with our economic agencies, such as treasury and employment, because these become key issues in their policy thinking as well. We have talked about the social health burden. What we have not touched on is the economic burden. What is starting to interest our central agencies, our finance areas in government in Australia, is the data we can provide them on the economic consequences of a poorly managed mental health/substance abuse system. What is the economic impact on the community? The numbers are enormous.

We have just started to explore that as part of this broader policy focus. This is because it is a national government issue.

We do not deal with the day-to-day issue of providing care for individuals, but we are starting to deal with some of the policy repercussions and the policy opportunities that arise in the larger society when there is a focus on better mental health care in the community. That is part of the exciting challenge of the next 10 years.

Je suis également responsable des priorités nationales en matière de santé. En plus de la santé mentale et de la prévention du suicide, mon domaine recouvre également nos priorités nationales en matière de santé, qui sont les maladies cardio-vasculaires, le diabète, l'asthme et le cancer. De plus en plus, nous constatons qu'il y a une étroite corrélation entre les gens qui éprouvent des problèmes de santé physique qui représentent le plus lourd fardeau de santé pour la collectivité et ceux qui ont un taux élevé de problèmes psychosociaux et de santé mentale concomitants.

C'est un défi énorme, compte tenu de l'orientation traditionnelle de notre régime de santé vers les affections physiques, si l'on constate que le bien-être psychologique de l'individu joue un rôle sous-jacent important. Je suppose que cela s'inscrit dans une tentative de dire que les Autochtones ont beaucoup à nous offrir pour ce qui est de comprendre la relation entre la façon dont on fait l'expérience du monde qui nous entoure sous l'angle psychologique et social, et les répercussions que tout cela peut avoir dans la manière de vivre physiquement sa vie en éprouvant un sentiment de mieux-être. Cette façon de voir fait un retour dans notre réflexion, car les Autochtones établissent un lien entre les deux. Votre santé physique et votre santé mentale doivent être associées. Nous commençons à comprendre que nous devrions nous pencher de plus près sur l'interaction entre tout cela, ce qui nous ramène à l'observation du président au début de la discussion sur les raisons pour lesquelles nous avons adopté dans tous les programmes que nous déployons une définition beaucoup plus étendue de la santé de la population. Nous ne pouvons pas considérer la santé strictement en termes de traitement et de médecine; nous devons faire place à une problématique plus large du mieux-être social de la communauté.

Je ne vais pas en parler maintenant, mais cela nous a amenés à tenir un certain nombre de discussions avec nos agences économiques comme le Trésor et l'Emploi, parce que ces questions prennent une importance clé dans leur réflexion également. Nous avons parlé du fardeau social de la santé. Nous n'avons pas abordé le fardeau économique. Ce qui commence à intéresser nos organismes centraux, nos organisations de gestion financière au gouvernement en Australie, ce sont les données que nous pouvons leur fournir sur les conséquences économiques d'un régime de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies qui est mal géré. Quel en est l'impact économique pour la collectivité? Les chiffres sont énormes.

Nous commençons à peine à explorer cela dans le cadre de cette focalisation beaucoup plus étendue. C'est que l'affaire est devenue une question intéressant le gouvernement national.

Nous ne nous occupons pas de la prestation des soins au jour le jour, mais nous commençons à nous pencher sur certaines répercussions des politiques et sur les possibilités qui s'offrent dans la société dans son ensemble quand on met l'accent sur l'amélioration de la santé mentale. C'est l'un des défis passionnants de la prochaine décennie.

**Senator Cook:** Mr. Chairman, we have seen once again that one size does not fit all. Surely, in looking at the total person, we will need to look at people's culture as we work toward wellness and learn to understand their traditional methods.

**Mr. Casey:** I think that our Office of Aboriginal and Torres Strait Islander Affairs on the hill would be very happy, perhaps another time, to talk about some of the programs. It is the one area of health care provision for which the federal government has a direct responsibility.

**The Chairman:** The situation is exactly the same here. Secondly, on the data that Ms. Hefford gave, if we had substituted "Aboriginal Canadians" for "indigenous people," the numbers would have been very close. It is absolutely amazing to see the similarity, on the other side of the world, with a federal state with very much the same background of an indigenous people. The similarity is quite striking.

That does lead me to ask several questions and I want to begin with a strategic question. When you do your epidemiological studies, do you include an adequate statistical sample of indigenous people? Is that how you collect your data with respect to them? Do you know, Ms. Hefford?

**Ms. Hefford:** Yes, we ensure that our studies include sampling that is statistically accurate. We have a number of survey and data collection mechanisms. Our knowledge is a compilation of all of those. Probably the most controversial involves people who are actually trained to survey injection-drug users. We actually do that on a regular basis. It means that we know what they are injecting this month. We know how much they pay for it. We know the sources they tap to access it. The question is important to us not just from a health perspective — if they overdose, hospitals will know what is being commonly used on the streets at the moment — but also from a policing point of view. It tells us about the shift in whatever is being traded on the street. It tells us the dollar cost. That is linked to crime rates in particular areas. A whole range of government organizations finds this information valuable.

**The Chairman:** Yet you are able to collect that information. The right wing in this country would go ballistic if anyone were collecting those data or, at the very least, turning them over to the police. I am amazed you are able to collect those data without that kind of public outcry.

**Ms. Hefford:** As I said, it is the most controversial of our data collections but it is very valuable. We do not do it within the department. Obviously we outsource that data collection. There has been some controversy, too, about the fact that we actually ask 13- and 14-year-olds about their drinking and smoking habits. Those are illegal activities for that age group in this country as

**Le sénateur Cook:** Monsieur le président, nous avons vu encore une fois que tous ne portent pas le même chapeau. Chose certaine, en plus de tenir compte de la totalité de la personne, nous devons prendre en compte la culture d'un peuple dans notre quête de mieux-être et apprendre à comprendre leurs méthodes traditionnelles.

**M. Casey:** Je pense que notre bureau des affaires autochtones et des insulaires du détroit de Torres sur la Colline se ferait un plaisir, peut-être une autre fois, de vous parler des programmes que nous avons dans ce domaine. C'est le seul domaine des soins de santé dans lequel le gouvernement fédéral assume une responsabilité directe.

**Le président:** La situation est exactement la même chez nous. Deuxièmement, quand Mme Hefford a donné des chiffres, on aurait pu remplacer «Autochtones australiens» par «Autochtones canadiens» et les chiffres auraient été quasi identiques. C'est absolument renversant de voir la similitude, à l'autre bout du monde, d'un État fédéral qui est aux prises avec exactement la même situation quant à sa population autochtone. La ressemblance est très frappante.

Cela m'amène à poser plusieurs questions, en commençant par une question stratégique. Quand vous faites vos études épidémiologiques, est-ce que vous y incluez un échantillon statistique suffisant de la population autochtone? Est-ce ainsi que vous recueillez vos données à leur sujet? Le savez-vous, madame Hefford?

**Mme Hefford:** Oui, nous veillons à ce que nos études incluent un échantillon statistiquement valable. Nous avons divers mécanismes d'enquête et de cueillette des données. Nous faisons une compilation de tout cela. L'élément le plus controversé est probablement les gens qui reçoivent une formation pour faire enquête auprès des utilisateurs de drogues intraveineuses. Nous faisons cela régulièrement. Ainsi, nous savons ce que les drogués s'injectent dans les veines ce mois-ci. Nous savons combien ils payent leur drogue. Nous connaissons leurs sources d'approvisionnement. La question est importante pour nous, pas seulement du point de vue de la santé — en cas de surdose, les hôpitaux savent quelle drogue est consommée ces temps-ci dans la rue —, mais aussi du point de vue des politiques. Cela nous renseigne sur l'évolution du commerce illicite dans la rue. Nous savons combien la drogue coûte. Nous faisons ensuite le lien avec le taux de criminalité dans certains secteurs. Une foule d'organisations gouvernementales trouvent cette information précieuse.

**Le président:** N'empêche que vous êtes en mesure de recueillir ces renseignements. Dans notre pays, la droite grimperait aux rideaux si quelqu'un se mêlait de recueillir de telles données, sans même parler de les communiquer à la police. Je m'étonne que vous puissiez recueillir ces données sans qu'il y ait un tollé.

**Mme Hefford:** Comme je l'ai dit, c'est l'aspect le plus controversé de notre cueillette de données, mais c'est très précieux. Nous ne le faisons pas à l'interne, au ministère. Nous chargeons évidemment une entreprise de le faire pour nous. Il y a eu aussi une certaine controverse parce que nous demandons à des adolescents de 13 et 14 ans de nous dire quelles sont leurs



well. There is a reasonable parallel there. Unless you are able to ask young people who gave them the alcohol, how much they paid for it and how much they are drinking, how do you target school-based drug education programs? How do you talk to parents about improving their parenting skills? How do you address all those other issues?

**The Chairman:** That makes sense to me. I am fascinated that you can do it.

**Mr. Casey:** If you included the whole population in a household survey, it would be very hard to over-sample indigenous populations to get a representative view. It is much more likely, epidemiologists would argue, that you would do some form of catchment or intensive state-based assessment. There is a feeling in the indigenous community that they have been researched to death and yet nothing has changed. They feel that the media quite often use the results of research done in indigenous communities in a very stigmatizing way. The community is very sensitive about engaging with researchers.

We have just completed a major study in Western Australia, largely with federal government funds but also state and private funds, on Aboriginal child and youth help. That study will be of enormous value. It was done in cooperation with the indigenous community because they trusted the researchers. They trusted that the information would be used to improve their world and not just by the media to once again demonstrate the hopelessness of the indigenous population.

**The Chairman:** Can I circle back to Mr. Casey's opening comments? Is this a reasonable conclusion for me to draw from what you have said? You should realize that we are back where you were in 1992. We do not have a national mental health strategy. Most provinces do not have a significant mental health strategy. There is certainly no coordination. We are really back at your first five-year program.

You said a couple of very important things. First, you got the support of both the state and the national governments. That alone, on any health care issue, is a huge achievement. I infer that you then spent the next five years not only launching programs, but also creating a huge communications focus. I do not use that word in a bad sense, but it seems you recognized very early on that progress in this area required bringing the whole population with you. If the public did not buy into the importance of the program for economic reasons, then despite your slogan about one in five being affected, it would be impossible to get public support for the amount of money you invested. You could not begin to change the delivery system as much as you have, nor, as you put it, could you make the program sufficiently politically important that politicians could not whittle away at it.

habitudes de consommation d'alcool et de tabac. Ce sont des activités illégales pour ce groupe d'âge dans notre pays aussi. Il y a là un parallèle raisonnable. Comment peut-on élaborer des programmes d'éducation scolaire sur la drogue bien ciblés si l'on ne peut pas demander aux jeunes qui leur a donné l'alcool, combien ils l'ont payé et combien ils en boivent? Comment peut-on convaincre les parents d'améliorer leurs habilités parentales? Comment s'attaquer à tous les autres dossiers?

**Le président:** Cela m'apparaît logique. Je trouve fascinant que vous puissiez le faire.

**M. Casey:** Si l'on englobait toute la population dans une enquête sur les ménages, ce serait très difficile de sur-échantillonner la population autochtone pour obtenir un point de vue représentatif. Les épidémiologistes soutiendraient qu'il est beaucoup plus probable que l'on fasse une évaluation auprès d'un bassin de population ou de l'État. Dans la communauté autochtone, les gens ont le sentiment d'avoir fait l'objet d'innombrables recherches sans que rien ne change. Les Autochtones ont l'impression que les médias utilisent très souvent les résultats de la recherche faite dans les communautés autochtones, d'une manière très stigmatisante. Cette communauté est très sensible dans ses contacts avec les chercheurs.

Nous venons d'achever en Australie occidentale une grande étude financée surtout par le gouvernement fédéral, mais aussi par les États et par le secteur privé, sur l'aide apportée aux enfants et adolescents autochtones. Cette étude sera d'une immense valeur. Elle a été faite en collaboration avec la communauté autochtone parce que ceux-ci faisaient confiance aux chercheurs. Ils avaient confiance que l'information servirait à améliorer leur sort et ne serait pas seulement utilisée par les médias pour démontrer une fois de plus la situation désespérée de la population autochtone.

**Le président:** Pourrais-je revenir aux observations que M. Casey a faites au début? Je voudrais que vous me disiez si la conclusion que je tire de vos propos est raisonnable. Vous devez vous rendre compte que nous sommes dans la situation où vous étiez en 1992. Nous n'avons pas de stratégie nationale de la santé mentale. La plupart des provinces n'ont pas une stratégie très élaborée pour la santé mentale. Il n'y a certainement aucune coordination. Nous en sommes vraiment à votre premier programme quinquennal.

Vous avez fait deux observations très importantes. Premièrement, vous avez eu l'appui du gouvernement national et des gouvernements des États. En soi, c'est une grande réussite, pour n'importe quel dossier de la santé. J'en conclus que vous avez ensuite passé les cinq années suivantes, non seulement à lancer des programmes, mais aussi à créer un programme de communication très étoffé. Je ne dis pas cela de manière péjorative, mais il semble que vous ayez pris conscience très tôt que pour progresser dans ce domaine, il fallait l'adhésion de toute la population. Si le public n'était pas convaincu de l'importance du programme pour des raisons économiques, alors, en dépit de votre slogan voulant qu'une personne sur cinq est touchée, il serait impossible d'obtenir que le public approuve le montant que vous avez investi. Vous n'auriez pas pu changer le régime de prestations des soins autant que vous l'avez fait, sans compter que

It seems to me that you went out and built a constituency over that first five-year period. Is that a reasonably fair conclusion?

**Mr. Casey:** We probably did not start building that constituency until towards the end of that first five years. We needed to do a lot of preparation work. We started changing how the services operated — closing beds, opening more community services. The attitude of the Australian community was no different from other communities. Mental illness was something you would rather not know about. If you saw anyone whom you thought had a mental illness, you would cross the street and keep clear of him or her. Only people who experienced it within their families would have any understanding, sympathy or positive attitude towards it. Yes, we believed we had to change the community's attitude. You should probably start in the middle.

**The Chairman:** At the provincial level, we have already gone through the deinstitutionalization phase. By the way, that was driven in large measure by attempts to save money and not directly focused on improving services.

Do you have a packet of material containing some of those early communication pieces, whether literature, television ads or videos? I assume you used a wide range of communications techniques. If you do, it would be very helpful if you could send them to us.

**Mr. Casey:** We would be happy to do that.

**The Chairman:** Can you recall, in ballpark terms, the annual cost of the communications program in the later years, when it was fully up and running?

**Mr. Casey:** That initial public campaign cost us about \$6 million.

**The Chairman:** Is that \$6 million per annum?

**Mr. Casey:** That amount was spent over two years.

Let me tell you what we currently spend at the federal level and of what that is made up, besides the general health financing that goes through medicare. I will not talk about that.

I have about \$6 million annually in my national budget, besides which I have staff, which generally goes toward what we call the National Mental Health Plan. On top of that, I have a budget for what I would call national program implementation — putting things into schools, running and funding media campaigns, developing our strategy — of about \$20 million a year. That is what the federal government is spending on what I would call policy and program reform.

vous n'auriez pu, pour reprendre vos propos, faire en sorte que le programme soit d'une importance politique suffisante pour que les politiciens ne puissent le démolir pièce par pièce.

Il me semble que vous avez réussi à vous bâtir une clientèle fidèle au cours de cette première période de cinq ans. Peut-on raisonnablement tirer cette conclusion?

**M. Casey:** Nous n'avons probablement pas commencé à nous bâtir cette clientèle avant la fin de cette première période de cinq ans. Il nous a fallu d'abord déblayer le terrain. Nous avons commencé à changer le fonctionnement des services; nous avons fermé des lits et ouvert des services communautaires. L'attitude des Australiens n'était pas différente de celle d'autres nations. Les gens préféraient ne pas entendre parler de santé mentale. À la vue d'une personne que l'on soupçonnait d'être malade mentale, on préférait changer de trottoir. Seuls les gens qui en avaient fait l'expérience dans leur famille avaient le moindre de compréhension, de sympathie ou une attitude quelque peu positive à ce sujet. Oui, nous étions convaincus qu'il nous fallait changer l'attitude des gens. Vous commenceriez probablement au milieu.

**Le président:** Au niveau provincial, nous sommes déjà passés par la phase de la désinstitutionalisation. En passant, c'était dicté en grande partie par des efforts visant à économiser de l'argent; cela ne visait pas directement à améliorer les services.

Avez-vous une trousse d'information renfermant vos premiers outils de communication, que ce soit des documents, des annonces télévisées ou des vidéos? Je suppose que vous avez utilisé tout un éventail de techniques de communication. Si c'est le cas, ce serait très utile si vous pouviez nous les faire parvenir.

**M. Casey:** Nous nous ferons un plaisir de le faire.

**Le président:** Vous rappelez-vous, en chiffres approximatifs, du coût annuel du programme de communications au cours des années suivantes, quand le programme était pleinement opérationnel?

**M. Casey:** Cette première campagne publique nous a coûté environ 6 millions de dollars.

**Le président:** Six millions de dollars par année?

**M. Casey:** Ce montant a été dépensé sur deux ans.

Permettez que je vous dise combien nous dépensons actuellement au niveau fédéral et d'où vient cet argent, à part le financement global pour la santé pour l'assurance-maladie. Je ne vous parlerai pas de cela.

J'ai environ 6 millions de dollars par année dans mon budget national, en plus de l'effectif dont je dispose, et cet argent est généralement consacré à ce que nous appelons le Plan national pour la santé mentale. En plus de cela, j'ai un budget pour ce que j'appelle la mise en oeuvre du programme national: programmes dans les écoles, campagnes publicitaires, élaboration de notre stratégie, le tout représentant 20 millions de dollars par année. C'est ce que le gouvernement fédéral dépense pour ce que j'appellerais la réforme des politiques et des programmes.

On top of that, we might be spending some money on services. We are clearly spending money through medicare. The GP program is costing us about \$40 million a year. We are not talking large amounts of financing. The epidemiology study cost us \$5 million, but that expenditure was probably spread over two and a half years. We are not talking about enormous levels of government funding to develop a policy and program framework. However, I can send you some information about our finances, what it has been costing the federal department to become the national leader in mental health reform.

**The Chairman:** That would be helpful. The public is way ahead of governments on this issue. There is a huge yearning in the country for someone to take charge. It would not take a huge amount of dollars from a communications standpoint — you clearly have to have some program money — to begin to generate the kind of constituency that would enable many of the changes that you have made to be made in this country. It would be useful for us to know that. It is like looking at the evolution of the automobile over time. You can understand how the communications program has changed. That would be very useful to us.

We talked about how this is tied in with community health services. Is it tied in with public health in any way? Is public health in a totally separate silo as well?

**Mr. Casey:** There is a national public health part to that.

**Ms. Hefford:** I might have a go at answering this question. Within our departmental structures, the addiction/substance abuse issues are dealt with within our public health area and regarded as public health issues.

I am conscious of the fact that I have given you no sense of the structures of service delivery and implementation in addiction services. I know we went through that with mental health. We did not with substance abuse.

The acute care sector, the hospital sector, has a very limited role. It provides detox programs and deals with ODS, overdose deaths — the very high end, where things have gone monumentally wrong.

The primary care sector is largely focused on managing opiate dependency. General practitioners prescribe methadone and pharmacists administer methadone-type programs. There are 30,000 Australians currently in methadone programs across the country.

State governments fund the acute care sector. The federal government funds the primary care sector, GPs and the pharmaceutical benefits scheme. Alcohol and drug treatment services are split about 50/50 between state governments and non-government organizations. In Australia, the community sector plays a large part, particularly the traditional church

En plus, nous dépensons peut-être de l'argent pour les services. Nous dépensons assurément de l'argent pour l'assurance-maladie. Le programme des médecins de famille nous coûte environ 40 millions de dollars par année. Ce ne sont pas des montants importants. L'étude épidémiologique nous a coûté cinq millions de dollars, mais ce montant a probablement été réparti sur deux ans et demi. Ce n'est pas un niveau de financement gouvernemental énorme pour élaborer une politique et un cadre des programmes. Je peux toutefois vous faire parvenir de l'information sur nos finances, précisant combien il en a coûté au ministère fédéral pour devenir le chef de file national dans le dossier de la réforme de la santé mentale.

**Le président:** Ce serait utile. Le public est très en avance sur les gouvernements en cette matière. Dans notre pays, les citoyens réclament avec insistance que quelqu'un prenne les commandes. Il ne faudrait pas un montant énorme, en dollars, pour les communications — il faut évidemment de l'argent pour des programmes — pour commencer à bâtir une clientèle qui permettrait d'opérer bon nombre des changements que vous avez apportés dans votre pays. Ce serait utile que nous sachions tout cela. C'est comme l'évolution de l'automobile au fil des années. On peut comprendre comment le programme des communications a évolué. Ce serait très utile pour nous.

On a parlé des liens entre tout cela et les services de santé communautaire. Est-ce lié d'une manière quelconque à la santé publique? Est-ce que la santé publique est un dossier totalement séparé?

**M. Casey:** Ce programme comporte un volet de la santé publique nationale.

**Mme Hefford:** Je vais tenter de répondre à cette question. Dans nos structures ministérielles, les dossiers des toxicomanies sont traités à même le volet santé publique; c'est considéré comme une question de santé publique.

Je suis consciente du fait que je ne vous ai donné aucune idée de la structure de la prestation et de la mise en oeuvre des services de lutte contre la toxicomanie. Je sais que nous avons expliqué tout cela pour la santé mentale. Nous ne l'avons pas fait pour les toxicomanies.

Le secteur des soins actifs, le secteur hospitalier, joue un rôle très limité. Il fournit des programmes de désintoxication et s'occupe des décès causés par les surdoses, donc des cas extrêmes, quand cela ne saurait aller plus mal.

Le secteur des soins primaires cible essentiellement la dépendance envers les opiacés. Les médecins de pratique générale prescrivent de la méthadone et les pharmaciens administrent des programmes de distribution de méthadone. Il y a actuellement 30 000 Australiens participant à des programmes de méthadone.

Les gouvernements des États financent le secteur des soins actifs. Le gouvernement fédéral finance le secteur des soins primaires, les médecins omnipraticiens et le régime pharmaceutique. Les services de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies sont répartis environ moitié moitié entre les gouvernements des États et les organisations non

groups. Organizations like the Salvation Army and the Catholic Church run treatment services and night patrols and provide syringe programs largely funded by the federal government, with some level of state government intervention.

There are agreements on many public health issues between the federal government and state governments. We describe them as a partnership. There are agreements whereby the federal government provides funding for activities like national syringe programs and state governments take on responsibility for administering them.

As we have moved further into dealing with drug use issues in Australia, the breadth of things covered in public health programs has increased. It has gone from simply being about health delivery to being much more about things like police diversion of young offenders, counselling by court and judicial services, and things like the issuing of clean syringe injecting equipment.

All of the things that we now would say are part of the public health partnership in Australia have gone beyond the actual delivery of what we would have previously described as health care services. They relate to those other, broader areas, in the same way that we include family planning counselling in public health issues in Australia.

What is really important in the way these issues are managed, from your perspective and in terms of where you are, is the conversation you were having a few minutes ago with Mr. Casey about establishing a constituency. In Australia we have done the same thing on the drug abuse side; we have established a constituency. We have put money upfront to make that happen, but because that constituency now exists and there is a high level of acceptance of that, we get very good value for very little investment, particularly in communication-type activities. For example, we have meetings where the senior health representatives and senior police representatives from all states and territories come together with federal representatives, and the outcomes of those meetings are press releases, communiqués, the launching of reports or the announcement of agreed-upon new guidelines. Every time you do that, you get publicity and a reinforcement of your communications strategy without having to pay for it.

If you can get that constituency working for you and that level of shared understanding and commitment, you can get value in terms of the community accepting where you are going. In our experience, the non-government sector, particularly church and community groups, has been very accepting of government willingness to show leadership in this area. You can get a significant amount of effect for very little further investment in dollar terms.

gouvernementales. En Australie, le secteur communautaire joue un grand rôle, surtout les groupes religieux traditionnels. Des organisations comme l'Armée du Salut et l'Église catholique dirigent des services de traitement et de patrouille de nuit et mettent en oeuvre des programmes d'échange de seringues financés essentiellement par le gouvernement fédéral, avec une certaine intervention des gouvernements des États.

Il existe des ententes entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des États dans beaucoup de dossiers de santé publique. Nous les qualifions de partenariats. Il y a des ententes prévoyant que le gouvernement fédéral finance des activités comme les programmes nationaux d'échange de seringues, tandis que les gouvernements des États assument la responsabilité d'administrer les programmes en question.

À mesure que nous avons accentué nos interventions dans le dossier des toxicomanies en Australie, les programmes de santé publique ont englobé un nombre croissant d'éléments. Au début, on s'occupait seulement de prestations de soins de santé, mais on s'est par la suite diversifié dans des domaines comme la déjudiciarisation des jeunes contrevenants, le counselling par les tribunaux et les services judiciaires, et la distribution de seringues désinfectées.

Ce que nous englobons maintenant dans le partenariat pour la santé publique en Australie va bien au-delà de la simple prestation de ce qu'on appelait auparavant les services de soins de santé. On s'occupe d'autres dossiers beaucoup plus étendus, de la même manière que nous englobons le planning familial dans le dossier de la santé publique en Australie.

Ce qui est vraiment important dans la manière de gérer ces dossiers, de notre point de vue et dans l'optique de votre situation à vous, c'est la conversation que vous aviez il y a quelques instants avec M. Casey, quand vous parliez d'établir une clientèle. En Australie, nous avons fait la même chose pour la lutte contre les toxicomanies; nous avons établi une clientèle. Nous avons injecté de l'argent au départ pour déclencher le processus, mais parce que cette clientèle existe maintenant et qu'il y a un niveau élevé d'acceptation de cet état de fait, nous en obtenons beaucoup pour un investissement très minime, surtout pour des activités de communications. Par exemple, nous avons des réunions avec des cadres supérieurs de la santé et des hauts gradés de la police de tous les États et territoires, en présence de représentants des autorités fédérales, et ces réunions débouchent sur des communiqués, la publication de rapports ou l'annonce de lignes directrices sur lesquelles on s'est mis d'accord. À chaque fois qu'on fait cela, on obtient de la publicité et l'on renforce la stratégie de communications sans avoir à déboursier un sou.

Si vous pouvez obtenir l'appui de la population et atteindre ce niveau de compréhension et d'engagement, vous progressez énormément parce que la collectivité accepte votre orientation. D'après notre expérience, le secteur non gouvernemental, surtout les groupes religieux et communautaires, a très bien accepté la volonté du gouvernement d'être un chef de file dans ce domaine. Vous obtenez alors des résultats considérables en investissant très peu d'argent.

**The Chairman:** As one of those who have been involved in developing programs to sell various government policies, I am absolutely amazed at how well you have done. It is a huge tribute to you. It goes back to the comment that Senator Morin made, when he quoted that article that said that you were clearly leading the world in this area. That is certainly the impression I have had in the last several hours.

Thank you for taking the time from your busy day to be with us. If you could send us the communications material, that would be really helpful.

As we go through this process over the next year and a half, we may well come back to you with more specific questions. It is clear that we are at least a decade behind you. We will try to close the gap, obviously, but to avoid reinventing the wheel or going down some of the dead-ends that inevitably you must have gone down before you ended up where you are, we would love to have the opportunity to pick your brains again.

Thank you very much on behalf of all of us. We have really appreciated it.

The committee adjourned.

---

OTTAWA, Wednesday, April 21, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 4:05 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 Marjory LeBreton** (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Deputy Chairman:** Honourable senators, we should begin because there is a vote scheduled for 5:30 today and the bells will start to ring at 5:15. We will be unable to sit past the ringing of the bells. We will have to finish by 5:15. Normally we would continue after the vote, but there is another committee meeting scheduled to sit in this room at six o'clock tonight.

Today, honourable senators, our witnesses are from the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, Douglas Hospital and the Centre for Suicide Prevention. Dr. Isaac Sakinosky was scheduled to appear today but developed a medical condition and had to cancel. We are hoping to hear from him as a witness at a later date.

Please proceed.

**Le président:** Ayant moi-même participé à l'élaboration de programmes pour convaincre la population d'accepter diverses politiques gouvernementales, je suis absolument renversé par votre éclatante réussite. Tout le mérite vous en revient. J'en reviens à ce que disait le sénateur Morin, qui a cité un article dans lequel on disait que vous êtes clairement le chef de file mondial dans ce domaine. C'est assurément l'impression que m'a donnée notre conversation des dernières heures.

Je vous remercie d'avoir bien voulu nous consacrer de votre temps, malgré votre horaire très chargé. Si vous pouviez nous envoyer les documents de communications, ce serait vraiment utile.

À mesure que nous progresserons dans notre étude au cours des dix-huit prochains mois, il est bien possible que nous revenions à la charge pour vous poser des questions plus précises. Il est clair que nous avons au moins dix ans de retard sur vous. Nous allons tenter de faire du rattrapage, évidemment, mais pour éviter de réinventer la roue ou de nous fourvoyer dans des impasses où vous vous êtes inévitablement retrouvés avant d'aboutir dans la situation actuelle, nous aimerions beaucoup avoir la possibilité de compter de nouveau sur votre aide.

Au nom de nous tous, je vous remercie beaucoup. Nous vous en sommes très reconnaissants.

La séance est levée.

---

OTTAWA, le mercredi 21 avril 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 05 pour étudier 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.

**Le sénateur Marjory LeBreton** (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**La vice-présidente:** Honorables sénateurs, nous devrions commencer car il y aura un vote à 17 h 30 et les cloches commenceront à se faire entendre à 17 h 15. Nous ne pourrons plus siéger quand elles sonneront. Nous devons terminer à 17 h 15. Normalement, nous continuerions après le vote, mais un autre comité doit se réunir dans cette salle à 18 heures.

Honorables sénateurs, nos témoins d'aujourd'hui représentent l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, à l'Hôpital Douglas, et le Centre for Suicide Prevention. Le Dr Isaac Sakinofsky devait témoigner aujourd'hui, mais il est malade et a dû annuler sa comparution. Nous espérons entendre son témoignage à une date ultérieure.

Vous avez la parole.

[Translation]

**Dr. Richard Brière, Assistant Director, Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction:** I want to thank the committee for asking me to speak about suicide. I am interested in this subject, not just in my capacity of Assistant Director of the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, but also because when I was still doing research at the Department of Psychiatry of the University of Montreal, I was fascinated by the neurobiology of suicide.

In my presentation, I will highlight the need to develop a national agenda on research related to suicide and the measures taken by the Institute in this area.

In February 2003, the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, Strategic Initiative on Intentional and Unintentional Injury and Health Canada organized a workshop in Montreal on suicide-related research in Canada in conjunction with six other Canadian Institutes of Health Research. The number of institutes that took part in this workshop is proof of the interest of CIHRs in the subject of suicide. The purpose of the workshop was to develop an agenda on research related to suicide in Canada.

Some fifty researchers, stakeholders, NGOs and representatives of Aboriginal communities gathered to review the spectrum of suicide-related research in Canada and internationally, to identify and establish themes to guide suicide-related research over the next ten years and to support multidisciplinary collaboration in research and knowledge translation.

Over a two-day period, six research themes were identified: firstly, evidence-based practices; secondly, mental health promotion; thirdly, multidimensional models for understanding suicide-related behaviours; fourthly, spectrum of suicide behaviours; fifthly, suicide in social and cultural contexts; and sixthly, data systems.

As I see it, these research themes will assist in the process of formulating a national suicide prevention policy. I will speak to you briefly about each system. Evidence based practices include the evaluation of suicide prevention programs. Strategies need to be identified, along with programs that genuinely mitigate suicidal behaviours.

We do not know for certain if current practices in the field are truly effective in terms of reducing the number of deaths by suicide or injuries related to suicidal behaviours. A study of existing programs provides an opportunity to evaluate current practices and their impact on suicidal behaviours. Once such an evaluation has been done, researchers will be able to improve upon intervention methods. Once prevention and intervention strategies are deemed effective, it will be important to inform stakeholders of evidence-based practices and to promote their use.

[Français]

**M. Richard Brière, directeur adjoint, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies:** Je remercie le comité de m'avoir invité à témoigner sur le suicide. Le suicide m'intéresse non seulement à titre de directeur adjoint de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies mais aussi parce qu'au moment, où je faisais encore de la recherche au département de psychiatrie de l'Université de Montréal, je m'intéressais à la neurobiologie du suicide.

Ma présentation portera sur la nécessité de se doter d'un programme national sur le suicide et sur les mesures que l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies a prises en ce sens.

En février 2003, l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, initiative stratégique sur les blessures intentionnelles et non-intentionnelles et Santé Canada ont organisé à Montréal un atelier sur la recherche en matière de suicide au Canada, en collaboration avec six autres instituts de recherche en santé au Canada. Le nombre d'instituts qui ont collaboré à cet atelier témoigne de l'intérêt que le suicide suscite parmi les instituts de recherche en santé au Canada. Le but de l'atelier était d'établir un programme de recherche sur le suicide au Canada.

Nous avons réuni une cinquantaine de chercheurs, d'intervenants, d'organisations non gouvernementales et de représentants des Premières nations. Nous leur avons demandé d'examiner la recherche sur le suicide au Canada et dans le monde, de déterminer et d'établir des thèmes qui guideront la recherche sur le suicide au cours des dix prochaines années et de prendre en compte la recherche multidisciplinaire et l'application des connaissances.

Au cours des deux jours de l'atelier, six thèmes de recherche ont été établis. Premièrement, les pratiques fondées sur les preuves; deuxièmement, la promotion de la santé mentale; troisièmement, les modèles multidimensionnels pour comprendre le comportement lié au suicide; quatrièmement, le spectre des comportements suicidaires; cinquièmement, le suicide dans les contextes social et culturel et, enfin, les systèmes de données.

Selon moi, ces thèmes de recherche seront utiles à l'élaboration d'une politique nationale de prévention du suicide. Je parlerai brièvement de chacun des systèmes. Les pratiques fondées sur les preuves comprennent l'évaluation des programmes de prévention du suicide. Il faut identifier les stratégies et les programmes qui réduisent vraiment les comportements suicidaires.

Enfin, on ne sait pas vraiment si les démarches actuelles réduisent efficacement les décès par suicide et les blessures causées par les comportements suicidaires. L'étude des nombreux programmes déjà en place est une occasion d'évaluer les pratiques courantes et leur impact sur les comportements suicidaires. Quand les pratiques courantes seront évaluées, les chercheurs pourront améliorer les méthodes d'intervention. Quand les stratégies de prévention et d'intervention seront reconnues comme efficaces, il sera important de faire connaître aux intervenants ces pratiques fondées sur les preuves et d'encourager leur utilisation.

Knowledge translation is one theme very dear to the CIHRs. While it is important to expand knowledge, it is equally important to promote knowledge translation. Mental health promotion implies the development and dissemination of appropriate culturally and community-appropriate information. Research topics include protective factors, risk factors and resiliency over the life span and address issues related to discrimination, care for the caregiver, social competence, shame, stigma and the perception of mental illness.

The focus must be put on devising a problem-solving approach that is based on efficacy and excellence and that acknowledges the need for growth and fulfillment of human potential. If the public is more attuned to the problem of suicide, this will lead to stronger prevention measures.

It is important to disseminate information about suicide-related risk factors, to underscore the fact that suicidal behaviour is avoidable and to minimize the stigma felt by individuals who have suicidal thoughts and often feel that they cannot get help.

What is important is getting the right message across to the right target group, in the proper format and in a timely manner. To achieve this goal, researchers and stakeholders have to know how to design public information campaigns with a view to maximizing their impact.

Information campaigns must be evaluated to determine if they affect in any significant way the public's understanding of suicidal behaviours. Evaluation outcomes will make it possible to refine the messages that are being conveyed and to enhance their impact.

With respect to multidimensional models, according to psychological autopsies, 90 per cent of the people who commit suicide suffer from mental health problems. Persons with mental health problems, specifically depression and personality disorders, as well as persons with drug and alcohol problems, run a higher risk of committing suicide.

What is the link between mental health and suicide? Why do some persons with mental health problems commit suicide while others do not? While individual mental health problems can greatly contribute to suicidal behaviour, they are not the sole contributing factor to suicide.

Numerous other factors combine to increase the risk of suicidal behaviour. These factors include stressful life events, such as the loss of a loved one or unemployment and life problems such as spousal violence, physical illness or social isolation.

It is not clear how these factors interact and affect the risk of suicide. Moreover, aside from stress and social isolation, alcohol abuse and the use of other mind-altering substances, as well as a tendency to behave impulsively, also greatly increase the risk of

Cet aspect des applications des connaissances est un thème cher aux Instituts de recherche en santé du Canada. S'il est important de créer de nouvelles connaissances, il est aussi primordial de promouvoir leur application. La promotion de la santé mentale exige l'élaboration et la diffusion d'une information appropriée sur le plan culturel et adaptée aux collectivités. La recherche porte entre autres sur les facteurs de protection, de risques et la résilience au cours de la durée de la vie. Elle traite des questions liées à la discrimination, aux soins procurés aux intervenants, à l'aptitude sociale, à la honte, à la stigmatisation et à la perception de la maladie mentale.

L'accent doit être mis sur l'approche de la résolution des problèmes qui repose sur l'efficacité et l'excellence et qui reconnaît la nécessité de la croissance et de l'accomplissement du potentiel humain. D'autre part, si la population est mieux sensibilisée au problème du suicide, cela renforcera les mesures de prévention.

Il faut faire connaître les facteurs de risque du suicide, souligner que le comportement suicidaire est évitable et réduire la stigmatisation qu'éprouvent les personnes qui ont des sentiments suicidaires et qui souvent les empêchent de chercher de l'aide.

L'important est de communiquer le bon message, au bon public, dans le bon format et au bon moment. Pour parvenir à ce but, il faut que les chercheurs et les intervenants sachent comment élaborer des campagnes d'information destinées au public afin de maximiser leur impact.

Il faudrait que les campagnes d'information soient évaluées afin de déterminer si elles ont un impact significatif sur les connaissances du public sur les comportements suicidaires. Les résultats des évaluations permettront de raffiner les messages communiqués et d'améliorer leur impact.

Quant au modèle multidimensionnel, selon les autopsies psychologiques, 90 p. 100 des personnes qui se suicident ont des problèmes de santé mentale. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale, notamment des dépressions et des troubles de la personnalité ainsi que les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie, y compris l'alcoolisme, sont plus à risque de commettre un suicide.

Quelles sont les relations entre la santé mentale et le suicide? Pourquoi certaines personnes ayant des problèmes de santé mentale se suicident-elles et d'autres pas? Bien que des problèmes individuels de santé mentale peuvent contribuer grandement au comportement suicidaire, les problèmes de santé mentale seuls ne sont pas la cause du suicide.

De nombreux autres facteurs contribuent à augmenter le risque de comportement suicidaire. Ces facteurs comprennent les événements stressants de la vie, comme la perte d'un être cher ou le chômage; des difficultés de vie, comme la violence conjugale, les maladies physiques ou encore l'isolement social.

On ne comprend pas comment ces facteurs interagissent et affectent le risque suicidaire. En plus du stress et de l'isolement social, l'abus d'alcool et d'autres substances psychoactives, ainsi qu'une tendance à l'impulsivité, augmentent grandement le risque

suicidal behaviour in people. As in the case of life events and interpersonal problems, it is not clear how addictions and impulsive behaviours increase the risk of suicide.

Designing a multidimensional model, one that takes into account biological, clinical and social determinants, would be a positive step in the process of developing effective intervention methods based on a more dynamic knowledge of risk and resiliency factors and their interaction.

Consideration must also be given to suicide in social and cultural contexts. The incidence of suicide in Canada varies dramatically as a function of regional, social and cultural contexts. Significant variations exist among provinces. While the suicide rate is relatively low in Newfoundland and Ontario, it is especially high in Alberta and Quebec.

In 1996, 37 per cent of all suicides in Canada were committed in Quebec. Between 1960 and 1991, the suicide rate in Quebec tripled, the biggest increase of any province. Moreover, the suicide rate among Canadian Aboriginals is often more than twice that recorded for the general population.

Many factors aside from people's mental health can affect suicide rates. These include social determinants such as social structures, values embraced by the community and , accessibility of assistance for persons in need. Since we do not know for certain how these factors affect suicidal behaviours, it is difficult to develop effective prevention strategies. Researchers, stakeholders and public health agencies need this information in order to formulate better strategies.

Consideration must also be given to the full spectrum of suicidal behaviours, such as aborted suicides, attempted suicides, assisted suicides, attempted suicides disguised as accidents, deliberate self-mutilation, euthanasia, dangerous behaviour that could result in premature death, predisposition to self-mutilation, suicidal actions and the idealization of suicide. Also included in this list are attempts that did not result in death, unmotivated attempts and premature death as a result of risky behaviour.

As part of the process of developing a national suicide prevention strategy, it will be important to take into account the full spectrum of suicidal behaviours. Finally, access to accurate, reliable data on suicidal behaviours will be critical in order to take follow-up action and assess the effectiveness of any measures taken.

Virtually all of the data currently available pertains to deaths. It would be useful to have access to better data on suicidal behaviours, particularly on the level of hospitalization and ambulatory care dispensed following suicide attempts. It is estimated that for every suicide death, nearly 20 persons end up in hospital emergency wards as a result of an attempted suicide. Suicides and attempted suicides entail medical, economic and social costs, especially trauma for the victims' loved

de comportement suicidaire. Comme pour les événements de vie et les difficultés interpersonnelles, il n'est pas clair comment les toxicomanies et l'impulsivité augmentent le risque de suicide.

L'élaboration d'un modèle multidimensionnel, tenant compte des facteurs biologiques, cliniques et sociaux, favoriserait l'élaboration d'interventions efficaces en se basant sur une connaissance plus dynamique des facteurs de risque et de résilience qui interagissent au niveau de l'individu.

Il faut aussi tenir compte du suicide dans son contexte social et culturel. L'incidence du suicide au Canada varie grandement en fonction du contexte régional, social et culturel. D'une part, il existe des différences provinciales importantes. Si le taux de suicide est relativement bas à Terre-Neuve et en Ontario, il est particulièrement élevé en Alberta et au Québec.

En 1996, 37 p. 100 de tous les suicides commis au Canada l'étaient par des Québécois. De 1960 à 1991, la plus forte hausse du taux provincial a été signalée au Québec où le taux a triplé. On sait aussi que les taux de suicide dans la population autochtone canadienne sont souvent plus du double que ceux de la population en général.

De nombreux facteurs qui ne relèvent pas de la santé mentale peuvent affecter les taux de suicide. Ce sont des facteurs sociaux comme la structure des relations sociales, les valeurs admises par la collectivité, l'accessibilité de l'aide aux gens qui font face à des difficultés. Nous ne savons pas vraiment comment ces facteurs affectent les taux de comportement suicidaire et cela empêche de concevoir des stratégies de prévention efficaces. Cette information est nécessaire aux chercheurs, aux intervenants et aux agences de santé publique afin de concevoir de meilleures stratégies.

Il faut aussi pouvoir tenir compte de tout le spectre des comportements suicidaires: les suicides avortés, les tentatives de suicide, les suicides assistés, les tentatives de suicide déguisées en accident, l'automutilation délibérée, l'euthanasie, l'accélération de la mort par un comportement qui met la vie en danger ou une prédisposition à l'automutilation, les gestes suicidaires, l'idéalisation suicidaire. Il comprend des tentatives n'ayant pas entraîné la mort et les tentatives immotivées; la mort prématurée dû à des comportements risqués.

Il sera important, dans une stratégie nationale de prévention du suicide, de tenir compte de tout le spectre des comportements suicidaires. Enfin, il serait important d'avoir accès à des données précises et fiables sur les comportements suicidaires, afin de pouvoir faire un suivi du problème et de pouvoir évaluer l'efficacité des interventions.

Actuellement, les données ne concernent pratiquement que les décès. Il serait utile d'avoir de meilleures données sur les comportements suicidaires, notamment les hospitalisations et les soins ambulatoires suite à des tentatives de suicide. On peut estimer que pour chaque décès par suicide, il y aurait près de 20 tentatives qui aboutissent dans les urgences des hôpitaux. Les suicides et les tentatives de suicide entraînent des coûts médicaux, économiques et sociaux, notamment un traumatisme pour les



ones. Little research has been done into the financial and other costs associated with suicidal behaviours in Canada.

Data of this nature would prove useful in justifying to the public the need for enhanced prevention strategies and in better assessing the effectiveness of prevention programs.

Summing up, a national suicide prevention strategy must be based on evidence-based practices, on mental health promotion programs and on a multidimensional model encompassing biological, clinical and psychosocial aspects; it must take into consideration social and cultural contexts and cover the full spectrum of suicidal behaviours; and finally, it must provide access to reliable, comprehensive data.

Following the February 2003 workshop, the Institute of Aboriginal Peoples' Health, working in cooperation with the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, launched a suicide prevention program targeting Aboriginal peoples in December of 2003. The INMHA plans to collaborate on the strategic initiative on intentional and unintentional injuries and to initiate a national research program on suicide using the research methods proposed at the Montreal workshop.

[English]

**The Deputy Chairman:** Thank you, Mr. Brière, for an excellent paper and presentation.

I will now turn to Dr. Turecki.

**Dr. Gustavo Turecki, Director, McGill Group for Suicide Studies, McGill University, Douglas Hospital:** Madam Chairman, thank you for the invitation to appear before this important committee.

I have brought with me some slides. I invite you to follow with me through the presentation with the slides, which illustrate some of the points I am trying to make.

I am both a clinician working on suicide as well as a researcher doing clinical research and biomedical research on suicide. When I was thinking about what to say today, I ended up deciding to talk about something that you would be certainly less likely to hear from others, namely, about the suicide diathesis, or the biological predisposition and overall predisposition to suicide.

Looking at the epidemiology of suicide, we realize that suicide is an important problem from a public health perspective. It ranks among the 10 top causes of death for individuals of all ages. It is the leading cause of death for young males, in particular those younger than 40 years of age.

On the second page, you will see the distribution of rates by suicide in different provinces. At this point in time, suicide rates in Quebec are the highest among all the provinces, with the

proches des victimes. Il y a peu de recherches sur les coûts financiers et non financiers des comportements suicidaires au Canada.

Ces données seraient certainement utiles pour justifier auprès du public la nécessité d'une meilleure prévention et pour mieux évaluer l'efficacité des programmes de prévention.

En résumé, une stratégie nationale de prévention du suicide doit faire appel à des pratiques fondées sur les preuves; s'appuyer sur des programmes de promotion de la santé mentale; se baser sur un modèle multidimensionnel qui inclut les aspects biologiques, cliniques et psychosociaux; tenir compte du contexte social et culturel; couvrir tout le spectre des comportements suicidaires; donner accès à des données fiables et complètes.

Depuis l'atelier de février 2003, l'Institut de la santé des Autochtones, en collaboration avec l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, a lancé en décembre dernier un programme de recherche sur la prévention du suicide chez les Autochtones. L'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies a l'intention de collaborer avec l'initiative stratégique sur les blessures intentionnelles et non intentionnelles et de lancer un programme de recherche national en matière de suicide basé sur les systèmes de recherche de l'atelier de Montréal.

[Traduction]

**La vice-présidente:** Merci, monsieur Brière, pour cet excellent exposé.

Le Dr Turecki a maintenant la parole.

**Le Dr Gustavo Turecki, directeur, Groupe McGill d'études sur le suicide, Université McGill, Hôpital Douglas:** Madame la présidente, merci de m'avoir invité à comparaître devant cet important comité.

J'ai apporté des diapositives. Je vous invite à suivre mon exposé à l'aide de ces diapositives qui illustrent certains éléments que je vais présenter.

Je suis à la fois un clinicien qui travaille sur le suicide et un chercheur qui fait de la recherche clinique et biomédicale sur le suicide. En réfléchissant à ce que j'allais dire aujourd'hui, j'ai décidé de vous entretenir d'un sujet dont vous êtes moins susceptibles d'entendre parler par d'autres, c'est-à-dire la diathèse du suicide, ou la prédisposition biologique et générale au suicide.

Un examen épidémiologique permet de constater que le suicide constitue un important problème sur le plan de la santé publique. Il figure parmi les 10 principales causes de décès, tous âges confondus. C'est la principale cause de décès chez les jeunes hommes, plus particulièrement les hommes âgés de moins de 40 ans.

À la deuxième page, vous voyez les taux de suicide dans chaque province. À l'heure actuelle, c'est au Québec que le taux de suicide est le plus élevé, à l'exception des territoires.

exception of the territories. In an average year, we have about 1,500 suicide cases in Quebec. That accounts roughly for about one third of all suicide cases in Canada.

Why is it that people commit suicide? This is a difficult question. Suicide is most probably a result of a number of different causes. It is multicausal and multifactorial. What is clear is that people do not commit suicide just because of unbearable stress. People who commit suicide do so also because they have a given biological predisposition to do so.

The next slide concerns the relationship between biological factors and suicide, which is complex. It is mediated and modified by a number of different factors. Among these factors we have early negative life stressors, personality variance and demographic variables. We also have life events and psychopathology.

Over the last few decades, studies have found that psychopathology or mental health problems are probably the single most important factor of suicide.

When we look at the distribution of psychopathology and suicide completers on the next line, we see that the most important problem that suicide completers have is major depression, as well as drug and alcohol related problems and, to a lesser extent, psychotic problems such as schizophrenia. This information comes from studies we have done in the Montreal area.

As Mr. Brière mentioned, although most suicide completers have a history of psychopathology, studies show that approximately 90 per cent meet criteria for one of these conditions. That figure is probably closer to 100 per cent. The reason it is not stated as 100 per cent is that the studies we do are not sensitive enough to detect that. However, most of the people who have these conditions do not die by suicide. In the studies we are conducting, the most important question is to define among those people who have what look to be the same condition why only some end up dying by suicide.

We have been doing studies that look at, for instance, subjects who have died by suicide in the context of an episode of major depression. We have compared them with people who have the same condition, major depression, but who did not have a history of suicidal behaviour and who have never attempted suicide during such an episode.

Clearly, beyond psychopathology, a number of factors may explain why some may commit suicide. Among these factors are personality variants, such as levels of impulsivity and aggression. Among these personality disorders — in other words, conditions that are characterized by pervasive problems related to these traits — there are borderline personality disorders, antisocial personality disorders and co-morbidity with alcohol and drug-related problems. We see those factors more frequently among those who have had a major depression and who died by suicide as compared to those patients with major depression who did not have a history of suicidal behaviour.

En moyenne, chaque année, il y a 1 500 suicides au Québec. Ce nombre représente environ le tiers de tous les suicides au Canada.

Pourquoi les gens se suicident-ils? C'est une question difficile. Il y a très probablement différentes causes au suicide. Les causes et les facteurs sont multiples. Ce qui est clair, c'est que les gens ne se suicident pas simplement parce qu'ils subissent un stress insoutenable. Ils se suicident parce qu'ils ont une prédisposition biologique à le faire.

La diapositive suivante présente la relation complexe qui existe entre les facteurs biologiques et le suicide. Différents facteurs jouent un rôle contributif ou modérateur, notamment les facteurs de stress négatif précoce, les troubles de la personnalité et les variables démographiques, ainsi que les événements de la vie et les troubles mentaux.

Au cours de quelques dernières décennies, des études ont permis de conclure que les troubles mentaux sont probablement le principal facteur du suicide.

En examinant la répartition des troubles mentaux chez les personnes qui se sont suicidées — sur la page suivante — nous constatons que les troubles les plus importants chez ces personnes sont la dépression majeure, ainsi que les problèmes liés à la toxicomanie et à l'alcoolisme et, dans une moindre mesure, les troubles psychotiques, comme la schizophrénie. Cette information est tirée d'études que nous avons menées dans la région de Montréal.

Comme M. Brière l'a mentionné, bien que la plupart des gens qui se suicident présentent des antécédents de troubles mentaux, les études démontrent qu'environ 90 p. 100 d'entre eux correspondent aux critères de l'un de ces troubles. Ce taux est probablement plus près des 100 p. 100. La raison pour laquelle il ne l'est pas est que nos études ne sont pas assez sensibles. Toutefois, la plupart des gens qui présentent ces troubles ne se suicident pas. Dans les études que nous menons, la question la plus importante consiste à déterminer pourquoi, parmi ces personnes qui semblent présenter le même trouble, seulement certaines d'entre elles se suicident.

Ainsi, nous avons entrepris d'étudier des individus qui se sont suicidés pendant un épisode de dépression majeure. Nous les avons comparés à des personnes présentant la même affection, une dépression majeure, mais qui n'avaient pas d'antécédents de comportement suicidaire et qui n'avaient jamais tenté de se suicider pendant un tel épisode.

De toute évidence, au-delà de la psychopathie, divers facteurs pourraient expliquer pourquoi certaines personnes se suicident. Parmi ces facteurs, il y a les traits de personnalité, comme le degré d'impulsivité et d'agressivité. Parmi les troubles de la personnalité — autrement dit, des états caractérisés par des problèmes généraux liés à ces traits — figurent les troubles légers de la personnalité, la personnalité antisociale, et la comorbidité associée à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Nous décelons plus souvent ces facteurs chez les individus qui ont souffert d'une dépression majeure et qui se sont suicidés, comparativement à ceux qui ont eu une dépression majeure mais qui n'ont jamais eu de comportement suicidaire.

The findings also suggest that high levels of impulsive and impulsive aggressive behaviours combined with behaviour facilitated by a substance abuse disorder may mediate suicide, for instance, in major depression. We are now conducting studies into other conditions as well.

Beyond those factors, we also find that frequently these people report a family history of suicidal behaviour. Whether this is suicidal completion or suicide attempts, it seems to be more frequent in their families. Approximately 35 to 37 per cent of suicide completers have a positive family history of suicide, which has been reported in the literature. For instance, what you see in these slides are two pedigrees from a study of the Amish population. The Amish are a close-knit community that has good social support and does not have problems related to substance and alcohol consumption. They do not have many suicide cases. Over the last 100 years, there have been 26 cases. What was interesting, though, was that these 26 cases were concentrated in only four pedigrees, which marked the first time researchers realized that suicide might be familial. Since then, many studies have been done. We have been doing other family studies that may suggest that suicidal behaviour aggregates or clusters in families.

Some of this clustering may be related to genes. We have been conducting a number of molecular studies trying to better understand and characterize the molecular factors that may explain this genetic predisposition to suicide.

We have been doing expression studies in suicide. That is to say, we take RNA or tissue from the brain of suicide completers and compare it with brain tissue from people who have died from other causes. We then use "microarrays," which are chips that contain all the genes in the genome, to try to identify specific patterns. What we end up with are snapshots of what was going on in the brains of these people before they died. As you can see in the graph on the right, we are able to separate people who have died by suicide as compared to controls based on those —

**Senator Morin:** There is an error on the left slide. One of the lines is not there.

**Dr. Turecki:** Sorry for that.

With the new technology, we are better able to understand the genetics of suicide. Nevertheless, I must stress that the relationship between genes and the outcome of suicide is complex and must be understood in the context of a number of different factors: social, clinical, environmental and general.

What is needed? First, we need to promote Canadian research on suicide. If we compare ourselves to other countries that have similar problems related to suicide, we see that Canada lags behind. We need to promote research focusing on suicide completers as well because they represent probably the most extreme and less heterogeneous phenotype. We need to

Les résultats de la recherche laissent aussi croire qu'un degré élevé d'impulsivité et de pulsions agressives combiné à un comportement induit par la toxicomanie ou l'alcoolisme peut mener au suicide dans les cas de dépression majeure, par exemple. À l'heure actuelle, nous menons aussi des études sur d'autres troubles.

Au-delà de ces facteurs, nous constatons aussi que, fréquemment, ces individus présentent des antécédents familiaux de comportement suicidaire. Qu'il s'agisse de suicides réalisés ou de tentatives de suicide, ils semblent plus fréquents dans leur famille. Environ 35 à 37 p. 100 des gens qui se suicident présentent des antécédents familiaux de suicide, ce dont fait état la documentation. Ainsi, cette diapositive représente deux familles visées par une étude sur la population Amish. La collectivité Amish est solidaire, elle offre un bon soutien social et ne présente pas de problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme. On n'y recense pas beaucoup de cas de suicide. Depuis 100 ans, il y en a eu 26. Ce qui est intéressant, toutefois, c'est que ces 26 cas sont concentrés dans seulement quatre familles; c'est la première fois que des chercheurs se rendent compte que le suicide peut être familial. Depuis, de nombreuses études ont été effectuées. Nous avons fait d'autres études familiales qui laissent croire que le comportement suicidaire est concentré dans certaines familles.

Une partie de cette concentration peut être de nature génétique. Nous avons effectué un certain nombre d'analyses moléculaires pour mieux comprendre et définir les facteurs moléculaires qui expliquent cette prédisposition génétique au suicide.

Nous avons entrepris des études d'expression liées au suicide. Autrement dit, nous prenons des échantillons d'ARN ou de tissu du cerveau de personnes qui se sont suicidées, et nous les comparons avec les tissus cérébraux de personnes qui sont mortes d'autres causes. Nous utilisons ensuite des «biopuces», c'est-à-dire des puces contenant tous les gènes du génome, dans le but de cerner des tendances particulières. Nous obtenons ainsi un cliché de ce qui se passait dans le cerveau de ces sujets avant leur décès. Comme vous pouvez le voir dans le graphique de droite, nous sommes capables de distinguer les personnes qui se sont suicidées des...

**Le sénateur Morin:** Il y a une erreur sur la diapositive de gauche. Il manque une ligne.

**Le Dr Turecki:** J'en suis désolé.

La nouvelle technologie nous permet de mieux comprendre les aspects génétiques du suicide. Néanmoins, je dois souligner que le lien entre les gènes et l'issue du suicide est complexe et qu'il doit être examiné à la lumière de divers facteurs sociaux, cliniques, environnementaux et généraux.

De quoi avons-nous besoin? Premièrement, nous devons promouvoir la recherche canadienne sur le suicide. Si nous nous comparons à d'autres pays où la situation est semblable, nous constatons que le Canada accuse un retard. Nous devons aussi promouvoir la recherche sur les gens qui se sont suicidés, parce qu'ils représentent probablement le phénotype extrême et le moins

identify risk factors taking into account the multifactorial nature of suicide. In order to do so, we need to do large-scale studies; to do large-scale studies, we need funds.

**The Deputy Chairman:** We will now turn to Ms. Yackel, who has travelled to Ottawa from Calgary to make this presentation.

**Ms. Diane Yackel, Executive Director, Centre for Suicide Prevention:** Honourable senators, thank you for the opportunity to speak with you today.

The Centre for Suicide Prevention is a program of the Canadian Mental Health Association. It focuses specifically on providing information services, research and suicide prevention training programs, while CMHA colleagues across the country carry out the more direct counselling and support services.

The Centre for Suicide Prevention houses a specialized resource library with over 32,000 documents on site. It is the largest English language collection of information in the world on suicide and suicide information.

When our centre received the invitation to appear here today, to support the work of this standing committee, we set about becoming aware of what information honourable senators had already received. Consequently, we took the liberty to create this English document, summarizing the suicide-specific evidence presented by the previous witnesses. Hopefully, it will serve as a handy reference tool for you.

At the back of the document, we have appended some new information and a small number of our own reference bulletins to supplement one or two specific content areas. It is obvious that this committee has already received excellent evidence on suicide in the course of its examination of mental health and mental illness issues.

The second document that we prepared is a compilation of the national, state and provincial suicide prevention strategies housed within our library. As you will see from the contents, and as you have heard from past witnesses, many countries have opted to develop specific initiatives directed to the reduction of suicide as a preventable problem. The countries that we have listed have published plans supported by that country's national government. Some countries, notably Australia and the United States, have also encouraged the initiation of secondary level provincial, state, territorial or county strategies.

There may be other international strategies of which we are unaware, or that are not published in English, but we will be posting this document on our Web site and will be adding new information as it becomes available.

The second document, the summary of national, state and provincial suicide prevention strategies, underscores the central message I wish to convey today. I refer to the urgent need for a national strategy specific to suicide prevention in Canada.

hétérogène. Nous devons cerner les facteurs de risque en tenant compte de la nature multifactorielle du suicide. Pour ce faire, nous devons effectuer des études de grande envergure; par conséquent, nous avons besoin de fonds.

**La vice-présidente:** Nous allons maintenant entendre Mme Yackel, qui est venue de Calgary pour présenter son exposé.

**Mme Diane Yackel, directrice générale, Centre for Suicide Prevention:** Honorables sénateurs, je vous remercie de m'avoir offert cette occasion de m'adresser à vous aujourd'hui.

Le Centre for Suicide Prevention est un programme de l'Association canadienne pour la santé mentale. Ses principaux champs d'activité sont les services d'information, la recherche et les programmes de formation en prévention du suicide, alors que nos collègues de l'Association qui sont disséminés dans tout le pays se chargent des services directs de counselling et de soutien.

Le Centre comprend une bibliothèque spécialisée qui compte plus de 32 000 documents. C'est la plus vaste collection d'information de langue anglaise sur le suicide au monde.

Quand notre centre a été invité à témoigner ici aujourd'hui pour appuyer le travail de ce comité permanent, nous avons cherché à savoir quelle information les honorables sénateurs avaient déjà reçue. Par conséquent, nous avons pris la liberté de produire ce document en anglais, qui résume les données sur le suicide présentées par les témoins précédents. Nous espérons que cet aide-mémoire vous sera utile.

À la fin du document, nous avons annexé de l'information récente et, à titre complémentaire, quelques-uns de nos propres bulletins qui traitent d'un ou deux domaines particuliers. De toute évidence, ce comité a déjà reçu d'excellentes données sur le suicide pendant son examen des enjeux associés à la santé et à la maladie mentales.

Le deuxième document que nous avons préparé est une compilation des stratégies nationales, provinciales et d'État pour la prévention du suicide, conservées dans notre bibliothèque. Comme vous le constaterez en examinant la table des matières et comme vous l'avez déjà entendu dire par d'autres témoins, beaucoup de pays ont choisi d'élaborer des programmes précis de prévention du suicide. Les pays que nous avons inclus dans la liste ont publié des plans appuyés par leur gouvernement national. Certains pays, comme l'Australie et les États-Unis, ont aussi encouragé l'adoption de stratégies secondaires à l'échelon provincial, territorial, des États ou des comtés.

Il existe peut-être d'autres stratégies étrangères que nous ne connaissons pas ou qui ne sont pas décrites en anglais, mais nous allons verser ce document dans notre site Web et nous y ajouterons de l'information à mesure que nous la recevrons.

Le deuxième document, le résumé des stratégies de prévention du suicide nationales, provinciales et d'État, met en lumière le principal message que je veux livrer aujourd'hui, c'est-à-dire qu'il est urgent d'établir une stratégie nationale de prévention du suicide au Canada.

Canada possesses neither a specific national suicide prevention strategy, nor a more broadly-based national mental health framework. On a provincial level, only Quebec and New Brunswick have finalized some form of suicide prevention plan.

An analogy for suicide in Canada has been made to that of a jumbo jet crashing every month. If that were to occur month after month — every 30 days, another 340 souls going down on a large aircraft carrier somewhere in Canada — would not reasonable people eventually say, “What is going on here?” Would it not make more sense to put energy into stopping the crashes versus tolerating the aftermath? Suicide is a stoppable problem. It is an action, not an illness.

In my view, it is appalling that Canada lacks a specific federal direction to reduce the incidence and prevalence of suicide and suicidal behaviours that we experience in this country. Moreover, attempted suicides, where the individual's actions have been non-fatal, are like the submerged, unseen base of an iceberg; they engender untold suffering to individuals and families and they also consume enormous health care resources.

In the year 2000, a report jointly published by Health Canada, Alberta Wellness, the Alberta Centre for Injury Control and the Centre for Suicide Prevention calculated a ratio that for every suicide death in Alberta, there were nearly seven hospitalizations due to suicide attempts and over 17 emergency room visits for self-inflicted injury. If that Alberta ratio were to be applied to all of Canada, it would represent approximately 28,000 hospitalizations and 68,000 emergency room visits per 4,000 suicide deaths every year. This is costly to Canadians.

A 1996 New Brunswick study outlined the direct and indirect financial impacts of suicide with a mean total cost estimate at nearly \$850,000 per suicide death. For attempted suicides, other sources estimate the cost in the range of \$33,000 to just over \$300,000 per individual.

On a positive note, the Canadian Association for Suicide Prevention has led recent impressive efforts to guide the development of a blueprint for a pan-Canadian strategy to reduce suicide and its impacts. On Monday of this week, they released the first public draft of the blueprint, which may be found on their Web site, [suicideprevention.ca](http://suicideprevention.ca).

Some have suggested that if Canada were to have a well-formulated mental health strategy, there would be no need for a suicide specific initiative. I was encouraged that out of the handful of health care issues that the standing committee felt needed greater in-depth study, the honourable senators of this committee unanimously agreed to examine the area of mental health and mental illnesses as your first priority.

There is a need for a pan-Canadian mental health plan. I hold the opinion, however, that not only is a specific national suicide prevention strategy required on its own merit, but that such a strategy holds potential benefits in addressing the greater objective of improved mental health and mental well-being

Le Canada ne dispose d'aucune stratégie nationale précise de prévention du suicide, ni d'un cadre général et national de santé mentale. À l'échelon provincial, seuls le Québec et le Nouveau-Brunswick ont formulé un plan de prévention du suicide.

On a comparé les conséquences du suicide au Canada à celles de l'écrasement, chaque mois, d'un avion gros-porteur. Si un tel écrasement se produisait chaque mois, à tous les 30 jours, 340 personnes périraient dans un écrasement d'avion au Canada. Les gens intelligents ne finiraient-ils pas par se demander ce qui se passe? Ne serait-il pas sensé d'investir pour mettre fin à ces écrasements plutôt que d'en tolérer les conséquences? On peut prévenir le suicide. C'est un geste, pas une maladie.

À mon avis, il est déplorable que le Canada n'ait pas de directive fédérale pour la réduction de la prévalence du suicide et des comportements suicidaires au pays. En outre, les tentatives de suicide, où le geste d'un individu n'a pas de conséquence fatale, sont comparables à la partie immergée et invisible de l'iceberg; elles causent des souffrances indicibles aux individus et à leur famille, et elles accaparent d'énormes ressources du système de santé.

En l'an 2000, un rapport publié en commun par Santé Canada, Alberta Wellness, l'Alberta Centre for Injury Control et le Centre for Suicide Prevention, calculait que, pour chaque suicide survenu en Alberta, on comptait presque sept hospitalisations dues à des tentatives de suicide et plus de 17 visites dans des salles d'urgence pour des blessures auto-infligées. Si le ratio albertain était appliqué à tout le Canada, cela donnerait approximativement 28 000 hospitalisations et 68 000 visites à des salles d'urgence par 4 000 suicides chaque année. Voilà qui coûte très cher aux Canadiens.

En 1996, une étude néo-brunswickoise a décrit les impacts financiers directs et indirects du suicide, le coût total moyen étant évalué à 850 000 \$ presque par suicide. Dans le cas des tentatives de suicide, d'autres sources évaluent que le coût varie entre 33 000 \$ et un peu plus de 300 000 \$ par personne.

Sur une note plus positive, l'Association canadienne pour la prévention du suicide a déployé des efforts impressionnants récemment en vue d'orienter l'élaboration d'une stratégie pancanadienne visant à réduire le suicide et ses impacts. Lundi dernier, elle a publié la première ébauche publique du plan détaillé que l'on peut consulter sur son site Web, [suicideprevention.ca](http://suicideprevention.ca).

D'après certains, si le Canada se dotait d'une stratégie bien énoncée en santé mentale, il ne serait pas nécessaire de mettre en place une initiative propre au suicide. J'ai été encouragée par le fait que, parmi la poignée de dossiers de santé qui, selon le comité permanent, méritait une étude beaucoup plus fouillée, les honorables sénateurs ont à l'unanimité convenu d'étudier comme première priorité la santé mentale et les maladies mentales.

Le besoin d'un régime pancanadien de santé mentale est réel. Je suis d'avis, toutefois, qu'une stratégie nationale de prévention propre au suicide non seulement se justifie, mais qu'elle comporterait également d'éventuels avantages sur le plan de la santé mentale et du bien-être mental de notre société. À mon avis,

across our society. I suggest that a strong national suicide prevention strategy could serve a catalytic purpose in the development and implementation of a comprehensive national plan for mental health and mental illness.

My closing comments will revolve around the area that I feel has been most under-represented in these hearings to date — the voice of the survivors, those left in the profound aftermath of suicide.

On a personal note, I am not a survivor of suicide. By profession I am a nurse, a psychologist and a certified thanatologist. Prior to joining the Centre for Suicide Prevention, I was in a private counselling practice specializing in grief therapy, a role I continue on a selective basis.

While I could never adequately represent the devastation suicide causes in personal relationships, I believe I can convey some of the messages the survivors I have known would want to communicate to you were they able to be here today to do so in person. I can relay an endless number of tragic stories, but I think of four mothers in particular.

The first was a woman who had had two husbands. Both had died by suicide. She came to see me at the point in time when her son, her only child, had hung himself. Several weeks after her son's death, she was released from her work responsibilities because "she no longer was a productive employee."

Then there was the incapacitated mother. She was frozen in time. She was unable to sleep anywhere but on her chesterfield near the front door of her home. This was the chesterfield from which she last saw her son and from where she heard the gun shot. Perhaps, just perhaps, if she stayed there long enough, he might come back through that front door again and she would have a second chance to stop him from going into his bedroom and shooting himself.

There was an Aboriginal mother whose 19-year-old daughter lay down on the railway tracks when life became too difficult for her to go on.

There is yet another mother, herself a widow, who discovered and had to cut down the body of her 14-year-old daughter hanging in their house. I am not a parent, but I cannot help but feel adamant that no parent, let alone that of a 14 year old, should ever have that kind of experience.

It is truly impossible to convey the profound anguish that survivors suffer. It is beyond our ability to truly comprehend. The greatest anguish is that, in most instances, suicide deaths can be prevented. To a person, every survivor that I have ever known would say to you that something desperately and urgently needs to be done to stop this needless, unspeakable pain.

To be truthful, I now seldom tell survivors that there are 32,000 documents on suicide in our library at the centre. There is nothing in our library that justifies the preventable death of their loved one.

une forte stratégie nationale de prévention du suicide pourrait servir de catalyseur à l'élaboration et à la mise en place d'un plan national complet en matière de santé mentale et de maladies mentales.

Je réserve mes dernières observations au sujet dont, selon moi, on a le moins parlé dans vos audiences jusqu'ici — celui des survivants, de ceux qui doivent vivre avec les profondes conséquences du suicide.

Sur une note personnelle, je précise que je ne suis pas une survivante du suicide. Par profession, je suis infirmière, psychologue et thanatologue. Avant de me joindre au Centre for Suicide Prevention, j'avais une pratique privée où je faisais du counselling spécialisé auprès de personnes endeuillées, un rôle que je poursuis sur une base sélective.

Bien que je ne prétende pas pouvoir illustrer les ravages causés par le suicide dans les relations personnelles, je crois pouvoir transmettre certains des messages que les survivants que j'ai connus auraient aimé vous communiquer s'ils avaient pu être ici aujourd'hui. Je peux vous raconter drame après drame, mais je songe notamment à quatre mères.

La première était une femme qui avait eu deux époux. Les deux s'étaient suicidés. Elle est venue me consulter après que son fils, son unique enfant, se soit pendu. Plusieurs semaines après la mort de son fils, elle a été remerciée de ses services par son employeur parce qu'elle «n'était plus un employé productif».

Il y a aussi eu cette mère qui a perdu ses moyens, qui s'est figée dans le temps. Elle était incapable de dormir où que ce soit, sauf sur le sofa près de la porte d'entrée de la maison. C'était le sofa sur lequel elle avait vu pour la dernière fois son fils et duquel elle avait entendu le coup de feu. Il y avait peut-être une chance, une toute petite chance, si elle demeurait là suffisamment longtemps, pour qu'il franchisse à nouveau la porte et qu'elle ait une autre chance de l'empêcher d'aller dans sa chambre et de se tuer.

Je me souviens aussi de cette mère autochtone dont la fille de 19 ans s'est couchée sur la voie ferrée quand le mal de vivre lui est devenu trop lourd à porter.

Il y a cette autre mère aussi, elle-même veuve, qui a découvert le corps de sa fille de 14 ans pendu dans la maison et qui a dû couper la corde. Je n'ai pas d'enfant, mais je ne puis m'empêcher de croire qu'aucun parent, encore moins celui d'un enfant de 14 ans, devrait avoir à vivre ce genre d'expérience.

Il est vraiment impossible de décrire la profonde douleur des survivants. Elle dépasse notre capacité à vraiment comprendre. La plus grande angoisse, c'est que, le plus souvent, on peut prévenir le suicide. Je ne connais pas de survivants qui ne m'aient dit que des mesures désespérées et urgentes doivent absolument être prises pour enrayer ce mal inutile et indicible.

À vrai dire, je dis rarement maintenant aux survivants que notre bibliothèque du centre compte 32 000 documents sur le suicide. Il n'y a rien dans notre bibliothèque qui justifie la mort évitable d'un être aimé.

While it is discomfoting to ask, the question needs to be raised: What will it take to move a national suicide prevention strategy forward? What more do we need to know before we will act? Will it be 33,000 documents, 40,000? Is it 75,000? How much more information will be enough before we start?

Yesterday, there were more than 10 families somewhere in our great nation whose lives were unalterably changed because a father, a son, a sister or some family member with some degree of "intentionality" chose to die by suicide. Today, there have been at least 10 more families who have received news from a police officer or a physician or, most catastrophically, opened a door to a gruesome discovery that will now change their family forever. Tomorrow, there will be another 10 families and the day after that 10 more unless we do something differently.

In the United States, the movement to adopt a national strategy has been strongly driven by a volunteer survivor organization. There is no such organization or structure within Canada. The public survivor voice here is faint and fragmented without organization, but it is here. We hear this voice every day in our CMHA offices across Canada.

I plead with you. Unashamedly, I beg you to use your influence in calling for the urgent and immediate development of a national suicide prevention strategy for Canada that would, in turn, be a catalyst for the development of provincial and appropriate community strategies.

Honourable senators, we need your leadership.

**The Deputy Chairman:** Thank you very much for your moving and compelling testimony, and thank you, as well, for this document.

**Senator Morin:** I know you quoted some very important people in this document, especially Senator Cook. She is very proud of this.

I have two questions.

[*Translation*]

Dr. Brière, my question pertains to suicide prevention.

Obviously, this condition cannot be treated. What evidence do we have that the various programs in place are truly effective in terms of preventing suicide?

This is an important question because if we want to develop a suicide prevention strategy and invest the necessary resources, we need some assurances first of all that the programs will be effective. People turn to programs such as Suicide Secours, but would a placebo of some kind be just as effective? Do you understand the gist of my question?

Bien qu'il ne soit pas facile de le faire, il faut tout de même se poser la question: que faudrait-il faire pour faire avancer la stratégie nationale de prévention du suicide? Que faut-il savoir de plus avant de passer à l'action? Faudra-t-il 33 000 documents, 40 000? Faudra-t-il attendre qu'il y en ait 75 000? Combien d'information faut-il avoir avant de commencer?

Hier, plus de 10 familles de notre grand pays ont vu leur vie irrévrsiblement changée parce qu'un père, un fils, une soeur ou un proche a décidé, intentionnellement jusqu'à un certain point, de se suicider. Aujourd'hui, au moins 10 autres familles ont été informées par un agent de police ou par un médecin du décès par suicide d'un proche ou, de manière plus catastrophique, ont ouvert la porte le soir pour faire la macabre découverte qui changera à tout jamais leur famille. Demain, 10 autres familles et, le lendemain, 10 autres encore vivront la même situation à moins que nous n'agissions.

Aux États-Unis, le mouvement en faveur de l'adoption d'une stratégie nationale a été mené par un organisme regroupant des survivants bénévoles. Il n'existe pas de pareille organisation ou structure au Canada. La voix publique des survivants est faible et fragmentée, sans organisation. Toutefois, elle existe. Nous l'entendons tous les jours dans les bureaux de l'ACSM répartis un peu partout au Canada.

Je vous en supplie. Sans aucune honte, je vous supplie d'exercer votre influence pour qu'une stratégie nationale de prévention du suicide soit immédiatement et toutes affaires cessantes élaborée pour le Canada, stratégie qui à son tour servira de catalyseur pour l'élaboration de stratégies provinciales et communautaires convenables.

Honorables sénateurs, nous avons besoin de votre leadership.

**La vice-présidente:** Je vous remercie beaucoup de ce témoignage prenant et troublant, de même que de ce document.

**Le sénateur Morin:** Je sais que vous avez cité des personnes très importantes dans ce document, notamment le sénateur Cook. Elle en est très fière.

J'ai deux questions à vous poser.

[*Français*]

Docteur Brière, ma question porte sur la prévention du suicide.

Évidemment, il n'y a pas de traitement pour cette condition. Quelle évidence a-t-on, basée sur des preuves, que les différents programmes sont réellement efficaces dans la prévention du suicide?

Il s'agit d'une question importante car si on veut entreprendre une stratégie de prévention du suicide et investir dans des ressources, je pense qu'on doit d'abord s'assurer de l'efficacité des programmes. Les gens agissent à travers des programmes tels que Suicide Secours, mais si on avait un téléphone placebo, est-ce que ce serait tout aussi efficace? Comprenez-vous le sens de ma question?

**Dr. Brière:** I certainly do. Many prevention programs are in place and few have been evaluated. There is no way of knowing if these measures really have any kind of impact. Obviously, some actions are effective and can be taken.

During the 1970s, Sweden had a program in place where general practitioners were trained to diagnose depression and prescribe anti-depressants. As a result of this nation-wide program, the suicide rate in the country dropped.

**Senator Morin:** Did the suicide rate among youths decline? It is a fact that suicide rates tend to rise when anti-depressants are prescribed to young people.

**Dr. Brière:** That is a controversial finding. I do not know whether youths were included in that study or not. An initiative such as this which does not target suicide specifically, but rather depression in general, can prove successful in lowering the suicide rate. That is what my colleagues found.

If we found a way to treat mental health problems and depression more successfully, we would lower the suicide rate and in the process, address drug and alcohol addiction problems, which are also major risk factors. The important thing is for programs to be properly evaluated to ensure that they produce positive results.

**Senator Morin:** You maintain that before steps are taken to devise a national suicide prevention strategy, it would be a good idea to evaluate the various programs to see which ones work, and which ones do not.

[English]

My second question is for Dr. Turecki, the question of cultural factors in suicide. Health Canada published a paper this week. It says that immigrants in Canada have a much lower rate of suicide, but their children have the same rate as the rest of Canadians.

In addition, our very competent and very expert researchers from the Library of Parliament prepared a chart of selected countries covering the years 1998 to 2000, and Canada is surprisingly low on that list. For example, Sweden, which we referred to as having this program of prevention, is fairly high on the list and Finland is among the highest. The United States is even lower than Canada, and the U.K. is lower than everyone. France is quite high, which might have something to do with the fact that the suicide rate is high in Quebec and low in other parts of the country.

This, of course, would have nothing to do with the genetic buildup because the children of immigrants in one generation have not changed their genetic pattern. What are your comments on the cultural factors here?

**M. Brière:** J'ai bien saisi le sens de votre question. Il y a beaucoup de programmes de prévention et peu d'entre eux ont été évalués. On ne sait pas vraiment si les démarches qui sont entreprises ont vraiment un impact. Il est évident que des choses fonctionnent et peuvent être entreprises.

En Suède, dans les années 70, un programme formait les médecins généralistes à diagnostiquer la dépression et à prescrire des antidépresseurs. En faisant cela sur une grande échelle à travers tout le pays, on a réussi à faire diminuer le taux de suicide.

**Le sénateur Morin:** Était-ce chez des jeunes? On sait que chez les jeunes, la prescription d'antidépresseurs augmente le taux de suicide.

**M. Brière:** Ce fait est controversé. Je ne sais pas si à cette époque les mineurs faisaient partie de l'étude ou pas. Si on prend une mesure comme celle-là, qui n'est pas ciblée directement sur le suicide, mais de façon très générale sur la dépression, on peut arriver à diminuer les taux de suicide et c'est ce qu'affirmaient mes collègues.

Si on arrivait à bien traiter les problèmes de santé mentale et si on traitait plus adéquatement les cas de dépression, on diminuerait le taux de suicide de même que les problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme qui sont aussi d'importants facteurs de risque. L'important, c'est que les programmes soient bien évalués afin qu'on soit bien certains qu'ils aient des effets bénéfiques.

**Le sénateur Morin:** Avant d'entreprendre une stratégie nationale de prévention sur le suicide, vous dites qu'il serait bon d'avoir une évaluation des différents programmes pour être en mesure de savoir quels sont ceux qui fonctionnent et ceux qui ne fonctionnent pas.

[Traduction]

Ma deuxième question s'adresse au Dr Turecki et concerne les facteurs culturels du suicide. Santé Canada a publié cette semaine un document dans lequel il affirme que les immigrants au Canada ont un taux beaucoup plus bas de suicide, mais que leurs enfants ont le même taux que le reste des Canadiens.

De plus, nos très compétents et très experts attachés de recherche de la Bibliothèque du Parlement ont préparé un tableau des taux de suicide dans certains pays pour les années allant de 1998 à l'an 2000. Le Canada a un taux étonnamment bas sur cette liste. Par exemple, la Suède, dont on a dit qu'elle avait ce programme de prévention, a un taux plutôt élevé, et la Finlande est parmi les premiers. Les États-Unis ont un taux encore plus bas que le Canada, et le Royaume-Uni est tout à fait en bas. Le taux en France est très élevé, ce qui pourrait peut-être avoir un rapport avec le fait que le taux de suicide est élevé au Québec et plus faible dans d'autres parties du pays.

Cela bien sûr n'aurait rien à voir avec le bagage génétique puisque celui des enfants d'immigrants n'a pas changé en une seule génération. Qu'avez-vous à dire au sujet des facteurs culturels?



**Dr. Turecki:** That is a pertinent point. One thing we know now is that there is a predisposition. However, the relationship between the predisposition and the outcome of suicide is mediated by different factors, such as cultural factors, psychological upbringing and life stressors.

That said, diathesis relates not only to genes. A number of different factors are involved, such as behavioural traits, personality profile, et cetera. They more or less predispose people to suicide, but the variation in the rates is clearly environmental.

We are not to think, for instance, that the rate changes in one province from year to year have to do with changes in the genetic makeup of the population. Quite the contrary. The population is the same. What changes is the level of the stressors, but not everyone responds to them in the same way.

With respect to immigrants, the rates might be low, but there are still people who commit suicide. It is this relationship we have to better understand. When I talk about diathesis, I think the important issue is that it is important to better understand who is at risk of suicide.

It is important to create programs for suicide prevention — absolutely. However, these programs will be more effective in certain people as compared to everyone in general. In that sense, we have to better understand exactly who is more at risk of committing suicide when exposed to certain situations.

We still lack a lot of that knowledge. We know very little about exactly what are the determinants of suicide. That was the primary point I was trying to make. We have to understand that to better grasp the complexities behind the person who commits suicide.

As a clinician, I am often at the emergency room, and many people come there having attempted suicide. Am I supposed to keep everyone inside against his or her will? Of course not. Many people who attempt suicide will not end up committing suicide. A suicide attempt is a complex phenomenon. A lot of people attempt suicide because they want to communicate, because they want other things beyond actually dying.

We have to better understand who exactly is at risk. In that sense, genes can provide part of that story — not the whole picture — and we have to better understand how the genes relate to other factors, which is why we have to conduct large-scale studies.

**Senator Callbeck:** Thank you for your compelling presentations this afternoon.

I have a chart of the suicide rates in Canada for the last 50 years. As you say, we have no national suicide prevention strategy. Only two provinces have one, yet the rate has varied tremendously. It went up sharply from the 1950s to the 1980s and peaked in 1983. It was more or less stable and then there was a slight decrease between 1995 and 1998, the latest year for which we have statistics. In your opinion,

**Le Dr Turecki:** Voilà un point intéressant. Nous savons maintenant, entre autres, qu'il existe une prédisposition au suicide. Toutefois, le lien entre la prédisposition et le passage à l'acte est tempéré par différents facteurs, comme des facteurs culturels, l'éducation psychologique et les stressors.

Cela étant dit, la diathèse ne concerne pas que les gènes. Plusieurs facteurs différents entrent en jeu, par exemple des traits de comportement, le profil de la personne, et ainsi de suite. Ils prédisposent plus ou moins les personnes au suicide, mais de toute évidence, la variation des taux est d'origine environnementale.

Il ne faudrait pas croire, par exemple, que les variations de taux d'une province, d'année en année, signalent des changements dans la constitution génétique de la population. Bien au contraire, la population est la même. Ce qui change, c'est le niveau de stressors, mais personne n'y réagit de la même façon.

En ce qui concerne les immigrants, les taux sont peut-être faibles, mais il y en a tout de même qui se suicident. C'est ce lien qu'il faut mieux comprendre. Quand je parle de diathèse, je crois que l'important, c'est de mieux comprendre qui est à risque, en termes de suicide.

Il importe de créer des programmes pour la prévention du suicide — tout à fait. Par contre, les programmes seront plus efficaces chez certains que chez d'autres. C'est en ce sens qu'il faut mieux comprendre quels candidats au suicide sont les plus à risque lorsqu'ils sont exposés à certaines situations.

Beaucoup de ces connaissances nous manquent. Nous en savons très peu au sujet des facteurs déterminants du suicide. C'était le point central que j'essayais de faire comprendre. Il faut les connaître pour bien saisir la complexité de la personne qui se suicide.

En tant que clinicien, je suis souvent dans la salle d'urgence, et de nombreuses personnes qui s'y présentent ont essayé de se suicider. Suis-je censé toutes les garder à l'hôpital, contre leur gré? Bien sûr que non. De nombreuses personnes qui tentent de se suicider n'y parviennent pas. Une tentative de suicide est un phénomène complexe. Beaucoup de personnes tentent de se suicider parce qu'elles souhaitent communiquer, parce qu'elles cherchent autre chose que la mort.

Il faut mieux comprendre qui exactement est à risque. En ce sens, les gènes peuvent fournir une partie de la réponse — pas la réponse complète —, et il nous faut mieux comprendre le lien entre les gènes et d'autres facteurs, d'où la raison pour laquelle il faut mener des études à grande échelle.

**Le sénateur Callbeck:** Je vous remercie des témoignages convaincants de cet après-midi.

J'ai ici un tableau des taux de suicide au Canada au cours des 50 dernières années. Comme vous le dites, nous n'avons pas de stratégie nationale de prévention du suicide. Seules deux provinces en ont une, et pourtant le taux a considérablement varié. Il a grimpé en flèche des années 50 aux années 80 et a culminé en 1983. Il s'est ensuite plus ou moins stabilisé et a légèrement régressé entre 1995 et 1998, la dernière année pour

what caused that? Was it the flower generation? Was it the drugs?

**Mr. Turecki:** That is the \$10 million question. We do not really understand exactly. If we could, we could prevent it from happening.

Certainly there are a number of changes in society that could have facilitated the changes in rates. As well, there are changes in the way we have reported suicide, the way we have looked at suicide over the years. Many years ago people were more reluctant to indicate that a death was a suicide, and so society evolved at a number of levels.

For example, I remember discussions that I had with coroners in Ontario, who would identify a death as being a consequence of suicide based on a different set of factors than a coroner in Quebec. They used different systems. Part of that difference between provinces may be due to how coroners look at suicide.

Again, it is a complex situation. A number of social factors have changed over the years. There are also cohort factors, such as how generations regard suicide and how generations have faced problems over the years that have changed. These factors may explain some of these changes. This is a question that all of us would like to better grasp and understand.

**Ms. Yackel:** I am glad that you answered the question. It is a very difficult thing to try to analyze and understand. I have nothing further to add to what Dr. Turecki has said.

**Senator Callbeck:** Ms. Yackel, you mentioned that Quebec and New Brunswick are the only two provinces that have prevention programs. Can you comment on their effectiveness? Are there things that we can learn from the successes or failures in those two provinces?

**Ms. Yackel:** I am not certain whether Quebec, which has the more comprehensive of the two programs, has done specific evaluations. I rather suspect, because of the leadership that comes out of CRISE and Dr. Brian Mishara, that more work has likely been done in that regard.

Overall, in terms of measurements, the questions that we receive most commonly relate to what you have just done, that is, explain the rates. What does this mean? Whatever the rate is, can we reduce it? If we are comparing apples to apples, the difficulty of comparing one province to another, comparing one country to another, is that often we are not using the same set of standards. However, what have we done that has changed? I do not have data that would suggest whether the rates in New Brunswick or Quebec have been reduced in relationship to their programs.

laquelle nous disposons de données statistiques. Selon vous, qu'est-ce qui a causé ces variations? Était-ce la génération hippie? Les drogues?

**Le Dr Turecki:** C'est la question à laquelle tous aimeraient avoir la réponse. Nous ne connaissons pas vraiment les causes du phénomène. Si c'était le cas, nous pourrions éviter que cela ne se reproduise.

Plusieurs changements survenus au sein de la société auraient certes pu faciliter une variation des taux. De plus, la façon dont nous signalons les suicides, dont nous les avons abordés au fil des ans, a aussi changé. Il y a bien des années, on hésitait beaucoup à dire qu'un décès était un suicide, et la société a évolué sur de nombreux plans.

Par exemple, je me rappelle les discussions que j'ai eues en Ontario avec des médecins légistes qui qualifiaient un décès comme étant la conséquence d'un suicide selon une série de facteurs différente de celle qu'utilisait le médecin légiste du Québec. Ils se servaient d'un système différent. Une partie de la différence des taux entre provinces est peut-être attribuable à la façon dont les médecins légistes traitent le suicide.

Je répète que la situation est complexe. Plusieurs facteurs sociaux ont changé au fil des ans. Il y a aussi des facteurs de cohorte, comme la façon dont les générations voient le suicide et la façon dont elles ont fait face au problème au fil des ans, qui ont aussi changé. Ces facteurs expliquent peut-être certains des changements. C'est une question que nous aimerions tous mieux comprendre.

**Mme Yackel:** Je suis contente que vous ayez répondu à la question. C'est un phénomène très difficile à cerner et à comprendre. Je n'ai rien à ajouter à ce qu'a dit le Dr Turecki.

**Le sénateur Callbeck:** Madame Yackel, vous avez mentionné que le Québec et le Nouveau-Brunswick sont les deux seules provinces qui ont des programmes de prévention. Pouvez-vous commenter leur efficacité? Y a-t-il des leçons que nous pouvons tirer des succès ou des échecs enregistrés dans ces deux provinces?

**Mme Yackel:** Je ne suis pas sûre que le Québec, qui a le programme le plus complet des deux, ait fait des évaluations spécifiques. Je soupçonne qu'en raison du leadership manifesté par CRISE, et le Dr Brian Mishara, on y a fait davantage de travail à cet égard.

De façon générale, pour ce qui est de mesurer le rendement, les questions qu'on nous pose le plus couramment s'apparentent aux vôtres, c'est-à-dire qu'on nous demande d'expliquer les taux. Qu'est-ce que cela signifie? Et quel que soit le taux, pouvons-nous le réduire? Si l'on souhaite comparer des comparables, un problème se pose lorsqu'on veut faire des comparaisons entre une province et une autre ou un pays et un autre car bien souvent, nous n'utilisons pas les mêmes normes. Quoi qu'il en soit, qu'avons-nous fait qui a changé? Je n'ai pas de données qui laisseraient entendre que les taux au Nouveau-Brunswick ou au Québec ont diminué en rapport avec leurs programmes.

Looking at the issue from a more global perspective, when Dr. Links was here, he referred to the Finland experience, which is the longest. In the course of the first 10 years, they did manage to reduce their overall rate by 20 per cent, and it has now levelled out at 10 per cent.

The early indications out of England are that there seems to be the beginnings of a dip. They would not in any way label it as a trend because it is only within their first year. However, this is what we look for, ultimately.

**Senator Fairbairn:** This is a difficult and upsetting issue. I do not know about my colleagues, but I have had friends who have had this actually occur in their families.

I would like to ask a question about the degree to which one can get information on which to draw the statistics. To what degree today in Canada are suicides hidden so that they will not turn up in the statistics?

**Mr. Turecki:** That is an interesting question. As I mentioned before, there are different systems of how suicide is actually seen by the coroner. To my knowledge, no studies have looked at how the different ways of understanding suicide may modify the rates. That was one of the suggestions we made at the workshop that was mentioned before. There should be studies looking at the process coroners undertake to consider a death as suicide. A number of suicides are considered as undetermined deaths. Whether that would have a major impact on suicide rates is an interesting question, but to my knowledge, we do not know that precisely.

**Senator Fairbairn:** There is an issue of the stigma on families. In my youthful years I was a journalist, and there was an accepted protocol that if a death occurred by suicide, it was never spoken of and never reported, which I think has changed in recent years.

I ask the question because with our young people, especially those in the Aboriginal community, the suicide rate is meant to be seen. However, with others, it may be meant to be unseen. In the end, it may be a difficult issue to quantify.

Concerning a strategy for prevention or even a strategy for generating national statistics, I am sure you are all aware of the difficulty in our glorious country of being able to share information between provincial jurisdictions. In your studies, have you been given a sense that it would be possible to cross over those jurisdictional lines on an issue such as this because of the degree to which the sharing of this knowledge would be helpful in establishing the kind of national prevention programs that I think we all desire? Have you had any sense from the provinces that this sharing and openness would be difficult to attain or whether the issue itself commands consensus?

Si l'on considère le problème dans une perspective mondiale, lorsque le Dr Links a comparu, il a relaté l'expérience finlandaise, la plus longue jusqu'à maintenant. Au cours des 10 premières années, les responsables du programme finlandais ont réussi à réduire de 20 p. 100 leur taux global, lequel plafonne à l'heure actuelle à 10 p. 100.

D'après les données préliminaires provenant d'Angleterre, l'amorce d'une baisse semble se dessiner. On n'ose pas parler de tendance étant donné que ces données ne concernent que la première année d'application du programme. Évidemment, c'est ce que nous recherchons au bout du compte.

**Le sénateur Fairbairn:** C'est un problème difficile et troublant. Je ne sais pas ce qu'il en est de mes collègues, mais j'ai des amis qui ont vécu pareil drame dans leurs familles.

Je voudrais savoir dans quelle mesure on peut obtenir l'information sur laquelle fonder les statistiques. Dans quelle mesure aujourd'hui, au Canada, dissimule-t-on les suicides pour qu'ils ne figurent pas dans les statistiques?

**Le Dr Turecki:** C'est une question intéressante. Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, le coroner peut voir le suicide de différentes façons. À ma connaissance, aucune étude n'a été faite sur la question de savoir si les différentes façons de comprendre le suicide peuvent modifier les taux. C'est l'une des suggestions que nous avons faites au colloque qui a été mentionné tout à l'heure. Il faudrait faire des études sur le processus qui amène les coroners à considérer un décès comme un suicide. De nombreux suicides sont considérés comme des décès de causes indéterminées. Quant à savoir s'ils auraient une incidence importante sur les taux de suicide, c'est une question intéressante, mais à ma connaissance, nous ne le savons pas précisément.

**Le sénateur Fairbairn:** Il y a aussi la question de la stigmatisation qui frappe les familles. Dans mes jeunes années, alors que j'étais journaliste, il existait un protocole accepté voulant qu'on passe sous silence, qu'on ne rapporte pas les décès qui étaient des suicides, ce qui, je crois, a changé ces dernières années.

Si je pose la question, c'est que dans le cas des jeunes, et particulièrement des jeunes de la communauté autochtone, on veut que le taux de suicide soit connu. Cependant, dans le cas d'autres personnes, on peut souhaiter qu'il soit tu. Finalement, c'est sans doute un problème difficile à quantifier.

Pour ce qui est d'une stratégie de prévention ou même d'une stratégie de production de statistiques nationales, je suis sûre que vous êtes tous au courant des difficultés que pose, dans notre merveilleux pays, le partage d'information entre les provinces. D'après votre expérience, avez-vous eu le sentiment qu'il était possible, dans ce dossier, de transcender les frontières des provinces étant donné que le partage de l'information serait éminemment utile pour mettre sur pied, à l'échelle nationale, les programmes de prévention que nous souhaitons tous? Vos contacts avec les responsables provinciaux vous permettent-ils de dire si ce partage et cette ouverture seraient difficiles à réaliser ou si cet enjeu commande, en soi, le consensus?

**Ms. Yackel:** There is a will to do something about this issue. Whether that will translate into what you are addressing in terms of practical difficulties concerning privacy of information, those difficulties would certainly have to be addressed in the early stages of consultation, discussion and development.

Other countries have information that we do not even possess on a national basis. I would use again the example of England, where they have targeted five groupings. One of those groupings is high-risk occupations, and they have set a specific target of three top occupational subgroups: agricultural workers, nurses and physicians. For our death statistics, we do not collect information on occupations at risk.

For your information, the other four groupings that the researchers look at are, first, people who have been in contact with the health care system, the mental health care system, currently or very recently; second, people who have attended some type of self-injurious or self-harm behaviour within the past year; third, young men; and fourth, prisoners. The fifth grouping that I mentioned are people who have an occupational risk.

Within each of those groupings, the researchers have a target of reducing the rate, which I believe stands around 9.2 compared to, say, Canada's rate of 13. Their target is to take that 9.2 and reduce it by 20 per cent over 10 years. Therefore, out of the 1,200 deaths that relate to people who are currently in contact with the mental health system, we want to reduce that number by 20 per cent; we want to reduce the 1,180 in the self-injurious death category by 20 per cent; we want to reduce the 1,300 deaths in the young men category by 20 per cent; and we want to reduce the 85 deaths in the prisoner category by 20 per cent. In a sense, the researchers are able to set micro goals because they know their groupings.

**Dr. Turecki:** Problems with regard to jurisdiction might appear if we were to do such a study. However, that could easily be overcome in the sense that suicide is usually seen as a priority everywhere.

We took the initiative of conducting a study based on the Finnish experience and looking at all suicide cases over a period of one year in the province of New Brunswick. We wanted to do something similar in Quebec, but it always comes down to a problem of lack of funds. That is the major problem we would have to face were we to do such an important study.

Over a period of one year, case managers in Finland, the people who actually work with the population on a daily basis, studied all suicides. They interviewed all of the families of suicide completers, which helped them to better understand the underpinnings and problems of suicide and helped them to identify issues such as major depression, which at the time was not

**Mme Yackel:** Il y a certes une volonté d'agir dans ce dossier. Quant à savoir si cette volonté permettra la résolution de difficultés pratiques liées à la confidentialité des renseignements personnels, il va de soi que ces difficultés devraient être réglées aux étapes initiales de la consultation, de la discussion et de l'élaboration.

D'autres pays disposent de renseignements que nous ne possédons même pas à l'échelle nationale. Je reprendrai encore une fois l'exemple de l'Angleterre, où l'on a ciblé cinq groupes. L'un de ces groupes englobe les professions à risque élevé. On a même ciblé spécifiquement les trois sous-groupes professionnels qui viennent en tête de liste: les travailleurs agricoles, les infirmières et les médecins. Dans nos statistiques sur les décès, nous ne recueillons pas de renseignements sur les professions à risque.

Pour votre information, les quatre autres groupes auxquels les chercheurs britanniques s'intéressent sont les suivants: premièrement, les personnes qui ont été récemment en contact avec le système des soins de santé, le système de santé mentale, ou qui le sont encore; deuxièmement, les personnes qui ont manifesté un comportement autodestructeur au cours de l'année précédente; troisièmement, les jeunes hommes; et quatrièmement, les détenus. Le cinquième groupe, comme je l'ai mentionné, englobe les personnes exerçant des professions à risque.

Pour chacun de ces groupes, les chercheurs se sont donnés pour mandat de réduire le taux de suicide qui, si je ne m'abuse, s'élève à 9,2 environ, comparativement à 13, pour le Canada. Ils souhaitent réduire de 20 p. 100 sur dix ans ce taux de 9,2. Par conséquent, on vise à diminuer de 20 p. 100 les 1 200 décès touchant les personnes qui sont actuellement en contact avec le système de santé mentale; à diminuer de 20 p. 100 les 1 180 décès dans la catégorie des comportements autodestructeurs; à diminuer de 20 p. 100 les 1 300 décès dans la catégorie des jeunes hommes; et diminuer de 20 p. 100 également les 85 décès dans la catégorie des détenus. En un sens, les chercheurs sont en mesure d'établir des objectifs micros parce qu'ils ont cerné ces groupes.

**Le Dr Turecki:** Des problèmes liés aux compétences des provinces pourraient survenir si nous voulions entreprendre une telle étude. Cependant, ils pourraient être facilement surmontés puisque le suicide est habituellement vu comme une priorité partout.

Nous avons pris l'initiative de mener une étude fondée sur l'expérience finlandaise. C'est ainsi que nous avons examiné tous les cas de suicide sur une période d'un an dans la province du Nouveau-Brunswick. Nous voulions faire la même chose au Québec, mais le problème est toujours le manque de fonds. Ce serait d'ailleurs le principal obstacle à la réalisation d'une étude d'une telle envergure.

Sur une période d'un an, les questionnaires de cas finlandais, les personnes qui travaillent jour après jour auprès de la population, ont étudié tous les suicides. Ils ont interviewé toutes les familles dont un membre s'était suicidé, ce qui les a aidés à mieux comprendre les problèmes sous-jacents au suicide ainsi qu'à identifier des éléments déclencheurs, comme la dépression, qu'on

well understood as a major problem. Therefore, prescriptions for antidepressants decreased dramatically and suicide rates were reduced by 20 per cent over the following years.

Studies of that sort help the country as a whole understand who is at risk. If we were to do such a study, the problems we would face would be minimal compared to the potential benefits of such an initiative.

**Senator Fairbairn:** There is a problem that has been growing within my own province of Alberta. Would you care to comment on whether the availability of gambling opportunities to all of society has increased the concerns about suicide?

**Ms. Yackel:** I can only respond, somewhat subjectively, that I believe so. I would really be happy to determine if we have any studies related to the association of gambling and suicide. I know that is an area of interest. I do not recall off hand what we have done in that area, but I would be happy to get back to you.

**The Deputy Chairman:** Does gambling not fall within the ambit of addiction?

**Dr. Turecki:** Yes, that is correct.

**The Deputy Chairman:** Therefore, would it not be natural to assume that it would be a contributing factor?

**Dr. Turecki:** Pathological gambling is classified as part of the impulse control disorders, which brings us back to the importance of impulsivity in relation to suicide. We look at the association between pathological gambling and suicide as part of the same spectrum of problems that lead to suicide as a risk factor.

**Senator Keon:** My question is directed to Ms. Yackel, but I would like you all to comment on it. You are pleading for a national strategy for suicide prevention. You told us that 90 per cent of people who commit suicide have mental illness. Other people have told us that as well. Other people are pleading for a national strategy to deal with mental health, mental illness, addictions, substance abuse, criminality, and so on, all of which are associated with mental illness.

Last night we heard witnesses from Australia. They were able to develop a national strategy for mental illness about 14 years ago. Obviously, some good things have happened out of that initiative.

Could you develop a national strategy for suicide prevention within the structural framework of a national strategy for mental health? What would you do with the 10 per cent of people who do not fit into that category? Would it be better to have a national strategy for suicide prevention allied to a national strategy for mental health? Have you thought about that?

**Ms. Yackel:** I tend to think in pictures. Let me give you a very simple one.

ne percevait pas à l'époque comme un problème majeur. En conséquence, on a réduit radicalement les ordonnances pour les antidépresseurs et les taux de suicide ont baissé de 20 p. 100 au cours des années subséquentes.

Des études de ce genre aident les intervenants de tout le pays à comprendre qui est à risque. Advenant que nous entreprenions une telle étude, les problèmes que nous rencontrerions seraient mineurs comparativement aux bénéfices potentiels qu'on pourrait retirer de cette initiative.

**Le sénateur Fairbairn:** Il y a dans ma propre province, l'Alberta, un problème qui prend de l'ampleur. Pourriez-vous nous dire si l'accès facile qu'a l'ensemble de la société aux jeux de hasard aggrave les préoccupations concernant le suicide?

**Mme Yackel:** Je peux uniquement vous répondre, de façon plutôt subjective, que je le crois. Je vérifierai volontiers si nous avons des études sur le lien entre le jeu et le suicide. C'est un sujet d'intérêt. De mémoire, je ne peux vous dire ce que nous avons fait dans ce domaine, mais je vous communiquerai volontiers ce renseignement.

**La vice-présidente:** Le jeu ne fait-il pas partie du domaine de la toxicomanie?

**Le Dr Turecki:** C'est exact.

**La vice-présidente:** Par conséquent, ne serait-il pas naturel de supposer que c'est un facteur contributif?

**Le Dr Turecki:** Le jeu pathologique fait partie du trouble du contrôle des impulsions, qui nous ramène à l'importance de l'impulsivité en rapport avec le suicide. Nous considérons que l'association entre le jeu pathologique et le suicide s'inscrit dans l'ensemble des problèmes qui mènent au suicide, c'est-à-dire qui sont des facteurs de risques.

**Le sénateur Keon:** Ma question s'adresse à Mme Yackel, mais j'aimerais que vous la commentiez tous. Vous préconisez une stratégie nationale de prévention du suicide. Or, vous nous avez dit que 80 p. 100 des personnes qui se suicident souffrent de maladies mentales. D'autres nous ont dit la même chose. D'autres encore souhaitent que nous adoptions une stratégie nationale pour tout ce qui concerne la santé mentale, les troubles mentaux, les toxicomanies, l'abus d'alcool et d'autres drogues, la criminalité, et cetera, tous éléments qui sont associés à la maladie mentale.

Hier soir, nous avons entendu des témoins d'Australie. Il existe depuis 14 ans dans ce pays une stratégie nationale vouée à la maladie mentale. Il va de soi que cette initiative a engendré des succès.

Pourriez-vous élaborer une stratégie nationale de prévention du suicide dans le cadre structurel d'une stratégie nationale pour la santé mentale? Que feriez-vous pour venir en aide aux 10 p. 100 qui n'entrent pas dans cette catégorie? Serait-il préférable d'avoir une stratégie nationale de prévention du suicide alliée à une stratégie nationale de la santé mentale? Avez-vous réfléchi à cela?

**Mme Yackel:** Je pense plutôt en images. Permettez-moi de vous en communiquer une, fort simple.

I look at the mental health and mental illness continuum like a big long freight train with many components and box cars. At the front, I would place the engine of a national mental health action plan, something to pull everything else. At the end of this long train, this continuum, is a caboose, not such a small one, but a caboose of suicide. In my analogy, a suicide prevention strategy would be like hooking up a second engine at the back of that train to give it the push it needs because the challenges of a broad mental health plan are so immense. The time that it will take to overcome that whole inertia, to make a commitment, to consult, to engage in development and to then implement the plan and determine whether there is an actual impact on the system gives me concern. That takes so much time.

I would hook up the suicide prevention engine at the back of the train for an extra boost. We are both on the same track; we will not derail. It is important that establish an integrated plan. Both England and Scotland have had suicide prevention strategies that have emerged out of their broad-based thinking on mental health.

On the other hand, we can look at Australia and New Zealand, where they started with a narrow focus; that is, a suicide prevention strategy for young people. Over time, they have had to draw back and make it more comprehensive. In view of the figures and what I perceive to be an urgency, that is my analogy.

**Dr. Turecki:** I have a slightly different opinion on that issue. I think that, yes, the strategy could be fully integrated. The way I see suicide is that it is a consequence of mental illness. I think that is 90 per cent of what we see. It is a methodological artifact. The way we study this issue is by doing retrospective interviews with family members. It often happens that people who commit suicide are isolated, so we do not necessarily have access to the information. These people probably make up the 10 per cent figure. We have done studies on this 10 per cent of people and have found that they also exhibit evidence of mental illness. However, we are unable to diagnose it.

Suicide is intertwined, intermingled, with mental health problems. If we were able to address mental health problems more fully, we would at the same time address the problems of suicide.

At the same time, we need to better understand the predisposition to suicide or better identifying who is at risk. Therefore, there must be an independent initiative, which could be within the mandate of an initiative on mental health, to address suicide separately from the rest of the mental disorders. The way I see it, suicide is a consequence of mental illness.

Je vois le continuum de la santé mentale et de la maladie mentale comme un long train de marchandises composé de nombreux wagons. En tête, je mettrais la locomotive que serait un plan d'action nationale pour la santé mentale, qui aurait un effet d'entraînement sur tout le reste. Au bout de ce long train, de ce continuum, se trouve le fourgon de queue, dont la taille n'est pas négligeable, et qui représente le suicide. Dans mon analogie, une stratégie de prévention du suicide serait comme attacher une deuxième locomotive à l'arrière de ce train pour lui donner une impulsion supplémentaire nécessaire étant donné que les défis d'un vaste plan de promotion de la santé mentale sont immenses. Le temps qu'il faudra pour secouer l'inertie, prendre un engagement, faire des consultations, élaborer un plan, le mettre en oeuvre et déterminer ensuite s'il a véritablement une incidence sur le système n'est pas sans m'inquiéter. Cela exige énormément de temps.

J'accrocherais la locomotive de la prévention du suicide à l'arrière du train pour obtenir une impulsion supplémentaire. Nous sommes tous deux sur la même voie; nous n'allons pas dérailler. Il est important d'établir un plan intégré. L'Angleterre et l'Écosse ont tous deux des stratégies de prévention du suicide qui ont vu le jour à la suite d'une vaste réflexion sur la santé mentale.

D'un autre côté, on peut s'inspirer de l'exemple de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, qui ont commencé avec un objectif restreint, soit une stratégie de prévention du suicide chez les jeunes. Au fil du temps, ils ont pris un certain recul et élargi leur perspective. Compte tenu des chiffres et du fait que je considère la situation urgente, voilà mon analogie.

**Le Dr Turecki:** J'ai une opinion légèrement différente à ce sujet. J'estime que la stratégie pourrait être pleinement intégrée. Pour moi, le suicide est une conséquence de la maladie mentale. C'est ce que nous constatons dans 90 p. 100 des cas. C'est une approche méthodologique. Nous étudions le suicide en faisant des entrevues rétrospectives avec les membres de la famille. Il arrive souvent que les personnes qui se suicident sont isolées, de sorte que nous n'avons pas nécessairement accès à l'information. Ces personnes entrent sans doute dans ce pourcentage de 10 p. 100. Pour ce qui est des personnes qui se trouvent dans cette catégorie des 10 p. 100 restants, nous avons constaté qu'elles manifestent aussi des troubles mentaux. Cependant, nous sommes dans l'impossibilité d'en faire le diagnostic.

Le suicide est inextricablement lié aux problèmes de santé mentale. Si nous pouvions faire une meilleure lutte aux troubles mentaux, nous attaquerions en même temps les problèmes menant au suicide.

Parallèlement, il nous faut mieux comprendre la prédisposition au suicide ou mieux identifier qui est à risque. Par conséquent, il faut lancer une initiative indépendante, qui pourrait relever du mandat d'une structure vouée à la promotion de la santé mentale, pour traiter séparément des autres troubles mentaux le problème du suicide. Dans mon optique, le suicide est une conséquence de la maladie mentale.

**Senator Keon:** How would you deal with the 10 per cent of people who are considered not to have mental illness? For example, physicians who commit suicide are never considered in my opinion, or usually not considered, to have any sort of mental illness. How would you deal with that segment of the population?

**Dr. Turecki:** It is a question of promoting programs. For instance, we know very well that out of the people who die by suicide only a small percentage of them had access to a health caregiver. If we look at the previous year before people commit suicide, studies show that only about 50 per cent had contact with a GP or with a health provider. Only 30 per cent had contact with a psychiatrist. If we look at the last month prior to death, the rates are even more amazing. Only one fifth or perhaps one eighth of them had contact with a psychiatrist and only 30 per cent with a GP. We do not have access to the people who are actually dying by suicide. We need treatment programs and awareness programs that disseminate information about available resources for those who are at risk of suicide.

**Mr. Brière:** Perhaps I could make a last comment on the stigma attached to suicide but also on mental illness in general.

People who need help often do not seek help because they are ashamed of what happens to them. If we can do something about the stigma attached to mental illness, you will have people bragging about it the way they do about heart disease, saying, "Well, I had a bypass." People will tell their friends about that, but many people will not talk about their mental illness problem. If we can do something about the stigma, it will help people talk about their mental health and it could help us assist people with suicide. A stigma is still attached.

Also, there is the issue of access to health services. It takes months to see a psychiatrist in Montreal, so access to health care for mental illness is also a problem. It could be better.

**The Deputy Chairman:** On behalf of all senators, I wish to thank the witnesses for being here today. For those who have been reading the testimony we have heard, the problem of stigma is front and centre in terms of getting to the centre of this horrific situation.

The committee adjourned.

---

OTTAWA, Thursday, April 22, 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; and Bill S-17, to amend the Citizenship Act, met this day at 11 a.m. to give consideration to the bills.

**Senator Marjory LeBreton** (*Deputy Chairman*) in the Chair.

**Le sénateur Keon:** Que feriez-vous pour les 10 p. 100 qui ne sont pas considérés comme souffrant de maladie mentale? Par exemple, les médecins qui se suicident ne sont pas habituellement réputés souffrir de quelque maladie mentale que ce soit. Que feriez-vous pour venir en aide à ce segment de la population?

**Le Dr Turecki:** C'est une question de promotion des programmes. Par exemple, nous savons fort bien que sur la totalité des personnes qui se suicident, seul un petit pourcentage a eu accès à un dispensateur de soins de santé. D'ailleurs, les études révèlent qu'au cours de l'année précédant leur suicide, 50 p. 100 seulement d'entre eux ont rencontré un omnipraticien ou un dispensateur de soins. Trente pour cent seulement ont vu un psychiatre. Pour le mois précédant leur décès, les taux sont encore plus troublants. Un cinquième ou peut-être un huitième seulement d'entre eux ont rencontré un psychiatre et 30 p. 100 seulement un omnipraticien. Nous n'avons pas accès aux personnes qui se suicident. Il nous faut mettre sur pied des programmes de sensibilisation et de traitement pour informer les gens au sujet des ressources disponibles pour ceux qui sont à risque.

**M. Brière:** J'aimerais faire un dernier commentaire sur la stigmatisation qui entoure le suicide, mais aussi la maladie mentale en général.

Bien souvent, les gens qui ont besoin d'aide ne vont pas en chercher car ils ont honte de ce qui leur arrive. Si l'on peut atténuer la stigmatisation liée à la maladie mentale, les gens se vanteront de s'en être sortis, tout comme les personnes atteintes de troubles cardiaques se vantent d'avoir subi avec succès un pontage. Ils n'hésitent pas à en parler à leurs amis, mais bien des gens cachent leur problème de santé mentale. Si nous pouvions faire voler en éclats ce tabou, les gens parleraient plus volontiers de leurs troubles mentaux et nous pourrions ainsi mieux aider les personnes qui risquent de se suicider. Il y a encore énormément de préjugés à cet égard.

En outre, il faut aborder le problème de l'accès aux services de santé. Il faut attendre des mois pour voir un psychiatre à Montréal. L'accès aux ressources médicales est un obstacle. Il pourrait être meilleur.

**La vice-présidente:** Au nom de tous les sénateurs, je remercie les témoins qui ont comparu devant nous aujourd'hui. Pour ceux qui ont lu les témoignages que nous avons entendus, le problème de la stigmatisation est au coeur de cette horrible situation.

La séance est levée.

---

OTTAWA, le jeudi 22 avril 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, auquel ont été renvoyés le projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada, et le projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté, se réunit aujourd'hui à 11 heures pour en faire l'examen.

**Le sénateur Marjory LeBreton** (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[English]

**The Deputy Chairman:** We have two panels today dealing with two different pieces of legislation. The first is Bill C-24, an act to amend the Parliament of Canada Act, medical and dental benefits. Of course, we have had hearings on that bill before. The second bill that we are going to deal with today is Bill S-17, an act to amend the Citizenship Act, and this is the first day we will have heard witnesses on that bill.

We will start with Bill C-24. We have two witnesses this morning from Mercer Human Resources Consulting, Bernard Potvin, principal of that firm, and from the Canadian Taxpayers Federation, Mr. Bruce Winchester, who is a research director. Welcome gentlemen and thank you very much for agreeing to appear before us as witnesses.

We will start with Mr. Potvin.

[Translation]

**Mr. Bernard Potvin, Senior Consultant, Mercer Human Resource Consulting:** Thank you for inviting me to appear before your committee this morning. I will begin by making a few preliminary remarks.

Mercer Human Resource Consulting is a large national consulting firm in the area of human resources, including pension and benefits consulting. Our clients include a mix of private and public sector employers as well as not-for-profit organizations.

I have been with the firm for 16 years. I am an actuary specializing in the design and pricing of employee benefit programs. I would like to share with you some statistics that could interest the committee and make a few general comments as well.

Each year, we conduct a policies and practices survey of employers. Based on our 2003 survey, 53 per cent of employers in Canada provide post-retirement health care coverage to their retirees.

The first comment I want to make is that about half of employers provide no post-retirement health care coverage to retirees, who must then rely on personal savings and provincial health care coverage. In that respect, the MPs' plan is more generous than the plans available to many Canadians.

In both the public and private sectors, the majority of plans require retirement with an immediate pension for medical coverage entitlement. The vast majority of private insurance plans work this way. One exception is the federal public service plan, but in the majority of instances, an employee must retire with an immediate pension for entitlement to health care benefits.

[Traduction]

**La vice-présidente:** Nous recevons aujourd'hui deux groupes pour examiner deux projets de loi différents. Le premier est le projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada, qui porte sur l'admissibilité aux régimes de soins de santé et de soins dentaires. Bien entendu, nous avons déjà tenu deux séances sur cette mesure législative. Nous aborderons ensuite le projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté. C'est la première séance au cours de laquelle nous entendrons des témoins sur cette mesure législative.

Nous commencerons par le projet de loi C-24. Deux témoins compareraient ce matin. Il s'agit de Bernard Potvin, conseiller principal de Mercer Human Resources Consulting, et de Bruce Winchester, directeur de la recherche de la Fédération canadienne des contribuables. Messieurs, nous vous souhaitons la bienvenue et vous remercions infiniment d'avoir accepté de comparaître devant nous.

Nous commencerons par M. Potvin.

[Français]

**M. Bernard Potvin, conseiller principal, Mercer consultation en ressources humaines:** Je vous remercie de m'avoir invité à témoigner devant votre comité, ce matin. J'aimerais tout d'abord faire quelques remarques préliminaires.

Notre firme est une firme de consultation nationale dans le domaine des ressources humaines, incluant des régimes de retraite et des avantages sociaux. Nos clients sont essentiellement des clients de tout genre, que ce soit du secteur privé ou public, et même des organismes à but non lucratif.

Je suis avec Mercer depuis 16 ans. Je suis actuaire et je me spécialise dans le financement et le design de régimes d'avantages sociaux. Nous avons quelques statistiques qui pourraient être intéressantes pour le comité. J'ai également quelques commentaires généraux à faire.

Chaque année, nous faisons un sondage des politiques et des pratiques des employeurs. En 2003, selon notre sondage, environ 53 p. 100 des employeurs au Canada fournissaient des régimes d'assurance médicale après retraite à leurs employés.

Mon premier commentaire est à l'effet qu'environ la moitié des employeurs qui ne fournissent pas de régime d'assurance médicale après la retraite. Ces retraités doivent donc dépendre de leurs épargnes personnelles et de la couverture disponible des provinces pour pouvoir subvenir à leurs besoins médicaux. À ce point de vue, le régime des employés du Parlement est plus généreux que ce qui est disponible pour plusieurs Canadiens.

Dans le secteur public autant que dans le secteur privé, la majorité des régimes requièrent que l'on quitte son emploi ou que l'on prenne sa retraite avec une rente immédiate afin d'être admissible au régime d'assurance médicale. La grande majorité des régimes d'assurance privés fonctionnent de cette façon. Le régime de la fonction publique fait exception, mais en grande majorité, l'on doit prendre notre retraite avec une rente immédiate pour avoir droit au régime d'assurance médicale.



For example, if a person works for a company for 20 years, retires at age 50 or 55 and immediately begins to draw a pension, that person will not be entitled to the health care coverage provided by his former employer.

While the aforementioned employee would lose entitlement to retiree medical coverage from the age of 50 and thereafter, under the MPs pension plan, entitlement to health care benefits is not lost. At age 55, they are eligible for PSHCP coverage. In that respect, the MPs plan is probably more generous than the majority of plans, whether public or private.

Essentially, these were the comments I wished to make. I can appreciate that the case that led to this situation may be somewhat unique, from a legislative standpoint. Generally speaking, in both the private and public sectors, it is often possible to make an exception when there are special circumstances that warrant a person's entitlement to benefits, instead of bringing in a general amendment.

[English]

**The Deputy Chairman:** Thank you very much, Mr. Potvin. It is important that we have an opinion from an actuary and I think you very clearly clarified some of the questions we had from our last set of witnesses.

I will now turn to Mr. Bruce Winchester from the Canadian Taxpayers Federation, and I thank you as well for appearing today, Mr. Winchester.

**Mr. Bruce Winchester, Research Director, Canadian Taxpayers Federation:** The Canadian Taxpayers Federation is pleased to appear before the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology to speak to Bill C-24.

[Translation]

I will be making my presentation in English, but if you have any questions, I will be happy to answer them in either English or French.

[English]

Though taxpayers share the instinct of compassion for public servants and parliamentarians who may require extended health and long-term disability insurance, in the specific case of member compensation outlined in Bill C-24, we have strong reservations.

Let me begin my remarks by giving honourable senators a précis of the Canadian Taxpayers Federation, CTF. Founded in 1990 in Western Canada, the CTF has grown to 65,000 members nationally. Our mandate is to advocate for

Par exemple, si quelqu'un a travaillé pendant 20 ans dans une entreprise, qu'il prend sa retraite à 50 ans ou à 55 ans, et qu'il commence à recevoir une pension de retraite, en règle générale, cette personne ne sera pas admissible à un régime médical de son ancien employeur.

Encore une fois, à ce niveau, le régime des employés du Parlement, bien qu'il n'y ait pas, dans cet exemple, de couverture qui soit fournie dès l'âge de 50 ou 55 ans, au moins, l'admissibilité n'est pas perdue au régime d'assurance médicale: lorsque l'on arrive à l'âge de 55 ans, on est admissible au régime d'assurance médicale de la fonction publique. À ce point de vue, le régime des employés du Parlement est probablement plus généreux que ce qui est la norme pour les autres employeurs, tant aux niveaux public que privé.

Essentiellement, c'était les commentaires que je voulais faire. Je comprends que le cas qui a amené cette situation est peut-être un cas particulier de la loi. En règle générale, dans le domaine privé et même dans le domaine public, il y a souvent moyen de faire exception lorsque des circonstances particulières font qu'une personne devrait bénéficier d'une couverture plutôt que de modifier la règle de façon générale.

[Traduction]

**La vice-présidente:** Je vous remercie infiniment, monsieur Potvin. Il est important que nous ayons l'opinion d'un actuaire, et je pense que vous avez très bien précisé certaines questions qu'avait soulevées notre dernier groupe de témoins.

Je cède maintenant la parole à M. Bruce Winchester de la Fédération canadienne des contribuables. Nous vous remercions aussi d'avoir accepté de comparaître aujourd'hui, monsieur Winchester.

**M. Bruce Winchester, directeur de recherche, Fédération canadienne des contribuables:** La Fédération canadienne des contribuables est heureuse de comparaître devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, qui étudie le projet de loi C-24.

[Français]

Ma présentation sera en anglais, mais si vous avez des questions, j'y répondrai dans la langue de votre choix.

[Traduction]

Même si les contribuables sont compatissants envers les fonctionnaires et les parlementaires qui ont peut-être besoin d'une protection complémentaire en matière de soins de santé et d'assurance-invalidité de longue durée, ce qu'accorde le projet de loi C-24 suscite de sérieuses réserves de note part.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, je souhaiterais présenter aux honorables sénateurs un aperçu de la Fédération canadienne des contribuables, la FCC. Fondée en 1990 dans l'ouest du Canada, la FCC compte maintenant 65 000 membres au Canada. Notre

lower taxes, less waste and accountable government. I am appearing today on behalf of taxpayers for those three reasons.

Taxpayers object to the bill on three grounds: for reasons of process; for reasons of the potential cost to taxpayers; and for reasons of fairness for all taxpayers.

In terms of the process, Bill C-24 passed through the House of Commons in near record time, and without any announcements or public fanfare. Presumably, the Commons house leaders felt the issue was of such great importance that it was better kept out of sight and out of the minds of voters. Fortunately, you honourable senators have chosen to give this legislation the sober second thought it requires.

In the past, an independent committee deliberated upon questions of member compensation. However, with the Lumley commission on member compensation, in its report delivered in 2001, this process was eliminated in favour of tying members' compensation to judicial salaries. Despite the good work of the Lumley commission, questions of real member pension reform were left out of the commission's final report. So, too, was any mention of reforms to member benefits such as supplementary health insurance and long-term disability benefits. When the CTF presented to the Lumley commission, we outlined the need to move away from the current pension and benefit regime to one solely based on a registered retirement savings plan, RRSP.

If there was any oversight at the time of the Lumley report, it was retaining the current member pension and benefit regime. Taxpayer recommendations for reforming member pension were straightforward in proposing a RRSP regime. With respect to additional benefits, the CTF does not favour matching parliamentarians with senior public servants. Unlike a lifelong career as a professional public servant, parliamentarians have both the privilege and the duty to serve at the pleasure of the electorate. That, by definition, implies something quite different from the commitment made by career public servants. A parliamentarian's time horizon is much shorter — at least it should be — and although supplementary benefits may be part of the job while serving, they should not be extended beyond that time. Moreover, it is obvious that however compensation for politicians is set, it should be in line with the public's expectation. That may require a level less than what elected officials want or believe they deserve.

In terms of the cost to taxpayers, many will argue that small change carries little in terms of cost. That may be so at the outset but often what was once thought to be a small cost when first proposed can balloon over time and become a big cost.

mandat consiste à préconiser une diminution des impôts et du gaspillage ainsi que la reddition des comptes par le gouvernement. Je comparais aujourd'hui au nom des contribuables pour trois raisons.

Voici quelles sont les trois raisons pour lesquelles les contribuables s'opposent au projet de loi: premièrement, la façon dont le projet de loi a été adopté; deuxièmement, le coût éventuel pour les contribuables; troisièmement, le souci d'équité envers tous les contribuables.

Abordons la première raison: la Chambre des communes a adopté le projet de loi C-24 presque en un temps record et sans aucune annonce publique. Je suppose que les leaders à la Chambre étaient d'avis que la question revêtait une telle importance qu'il était préférable de la dissimuler et de la faire oublier aux électeurs. Heureusement, vous, les honorables sénateurs, avez choisi d'effectuer le second examen objectif nécessaire.

Un groupe indépendant s'est déjà penché sur la question de la rémunération des députés. Cependant, la commission Lumley sur la rémunération des députés a recommandé, dans son rapport de 2001, de remplacer le système de rémunération des députés par un régime analogue à celui établi pour les juges. Malgré le bon travail qu'elle a accompli, la commission Lumley n'a pas abordé certains aspects de la réforme de la rémunération véritable des députés dans son rapport final, ni la réforme des avantages sociaux comme l'assurance-invalidité de longue durée et l'assurance-maladie complémentaires. Lorsqu'elle s'est présentée devant la commission Lumley, la FCC a souligné qu'il fallait abandonner le régime actuel de pension et d'avantages sociaux pour mettre en oeuvre un système fondé uniquement sur le modèle du régime enregistré d'épargne-retraite, le REER.

S'il y avait une lacune dans le rapport de la commission Lumley, ce fût de recommander le maintien du régime actuel de pension et d'avantages sociaux. En proposant un système fondé sur le modèle du REER, nous avons formulé une recommandation simple pour modifier le régime de pension des députés. En ce qui concerne les avantages sociaux complémentaires, nous ne sommes pas en faveur d'accorder aux parlementaires un régime analogue à celui des cadres supérieurs de la fonction publique. Contrairement aux fonctionnaires de carrière, les parlementaires ont à la fois le privilège et le devoir de demander aux électeurs de les réélire, ce qui implique une différence notable par rapport aux fonctionnaires de carrière. L'horizon prévisionnel d'un parlementaire est beaucoup moins long — du moins, il devrait l'être — et, même si des avantages sociaux complémentaires peuvent être accordés aux députés, ceux-ci ne devraient plus y avoir droit après leur mandat. De plus, quel que soit le niveau de rémunération établi pour les parlementaires, il est évident qu'il devrait correspondre aux attentes du public. Donc, il faut peut-être fixer un niveau inférieur à celui que les élus souhaitent ou croient mériter.

En ce qui concerne le coût que devraient assumer les contribuables, beaucoup feront valoir que cette modeste modification est peu coûteuse. Ce sera peut-être le cas au début, mais il arrive souvent que ce qu'on croyait être peu coûteux au

Regardless of the particulars of who pays what premium, new benefits or extended benefits to parliamentarians add to the cost of running Parliament and to the government's overall non-funded liabilities.

According to the Estimates for 2004-2005, Parliament will cost \$451 million. That is up 41 per cent over the last 10 years — 31 per cent higher than the overall increase in government spending. Part of the increased cost has come from meeting rising compensation, pension and benefit requirements for parliamentarians.

Contrary to the thinking in much of Ottawa, taxpayers are concerned with the costs of conferring benefits on public servants who seek public office and receive a salary, which, at \$141,000 per year is more than two times the average household income. In terms of the taxpaying public, earners with incomes of greater than \$100,000 represent less than 3 per cent of all taxpayers. Certainly, parliamentarians are in an elite income group and taxpayers wonder why another benefit is required for them.

Much of the discussion of fairness raised by Minister Saada, when he appeared before this committee, focused on the narrow concept of fairness for 406 parliamentarians vis à vis public servants. For the remaining 32 million Canadians, fairness is a much broader concept.

Members may complain that they are not properly compensated for their hard work. They seem to have forgotten that holding public office is not meant to be lucrative; no one is forced to run for office and elected public service is, in part, intended to be its own reward. It is certainly not intended to vault the "people's servants" into highest income echelons or guarantee them an assortment of special benefits.

The majority of Canadians do not enjoy the supplementary insurance benefits proposed in Bill C-24. Only 46 per cent of workers in Canada have access to a registered pension plan and only one-half have access to employer-sponsored extended dental, medical, life or disability insurance. These statistics do not capture the extent of the coverage or their value. In respect of retirement savings plans, simplifying compensation and benefits remains a key outstanding recommendation that would ensure fairness.

The fundamental problem with any employer-sponsored benefit is that limited or no opportunity exists to retain the benefits when one changes jobs. This is particularly problematic for insurance benefits. Being part of an employer's pool can deliver substantial premium savings and exiting that pool by leaving the job also requires one to re-qualify for insurance coverage. The freedom of today's work life allows many to take on new jobs, change careers and have a rich work life. However, for some, supplementary benefits can become a trap — good benefits are often lost with job changes. In every case, individuals

début puisse devenir fort coûteux au fil du temps. Peu importe qui paye les cotisations, un nouveau régime ou un régime complémentaire d'avantages sociaux fait augmenter le coût de fonctionnement du Parlement et la part non capitalisée assumée par le gouvernement.

Selon le Budget principal des dépenses de 2004-2005, les dépenses du Parlement s'établiront à 451 millions de dollars. C'est une augmentation de 41 p. 100 en 10 ans. C'est 31 p. 100 plus élevé que la hausse générale des dépenses publiques. Une partie de l'augmentation des coûts est imputable à l'augmentation de la rémunération ainsi qu'à la bonification du régime de pension et d'avantages sociaux des parlementaires.

Contrairement à ce que pensent la majorité à Ottawa, les contribuables se soucient des coûts qu'il faudra engager pour accorder ces avantages à des élus qui reçoivent un salaire qui, à 141 000 \$ par année, est plus de deux fois supérieur au revenu moyen d'un ménage. Les personnes gagnant plus de 100 000 \$ représentent moins de 3 p. 100 de tous les contribuables. Les parlementaires font certes partie de la catégorie qui touche un revenu élevé, et les contribuables se demandent pourquoi ils ont besoin d'avantages sociaux complémentaires.

Lorsqu'il a comparu devant le comité, M. Saada a tenu, sur l'équité, des propos qui mettaient l'accent généralement sur le concept étroit d'équité à l'endroit de 406 parlementaires par rapport aux fonctionnaires. Pour les autres, c'est-à-dire 32 millions de Canadiens, l'équité comporte un concept beaucoup plus vaste.

Les députés peuvent se plaindre que leur dur labeur n'est pas rémunéré correctement. Ils semblent avoir oublié qu'une charge publique n'est pas censée être lucrative, car personne n'est tenu de se porter candidat et une carrière publique constitue partiellement une récompense. Elle ne doit certes pas permettre d'accorder à ces «représentants du peuple» des revenus très élevés ou une gamme d'avantages sociaux particuliers.

La majorité des Canadiens n'ont pas droit aux régimes d'assurance complémentaire proposés dans le projet de loi C-24. Seulement 46 p. 100 des travailleurs canadiens disposent d'un régime enregistré de pension et seulement la moitié jouissent de régimes complémentaires offerts par l'employeur, qu'il s'agisse de soins dentaires, de soins de santé, d'assurance-vie ou d'assurance-invalidité. Ces statistiques ne tiennent pas compte de la portée ni de la valeur de cette protection. En ce qui concerne les régimes d'épargne-retraite, simplifier le régime de rémunération et d'avantages sociaux demeure une des principales recommandations qui garantirait l'équité.

Tout régime d'avantages sociaux offert par l'employeur comporte le problème fondamental de mettre fin à l'admissibilité ou de la restreindre à la fin de l'emploi. Cela pose particulièrement un problème en ce qui concerne les régimes d'assurance. Dans de tels régimes, l'employé économise beaucoup sur les cotisations. Lorsqu'il quitte son emploi, il doit rétablir son admissibilité aux fins de l'assurance. La liberté que procure le marché du travail d'aujourd'hui permet à beaucoup d'entre nous de changer d'emplois et de mener une carrière professionnelle enrichissante. Cependant, le régime d'avantages sociaux

can and should make the decision to purchase their own coverage. There is not much the government can do to fill potential gaps resulting from insurance and underwriting rules; the buck stops with the decision to forego or purchase long-term disability and any other form of insurance. Bill C-24 does not create options for Canadian workers.

The clear need for health and extended coverage points to the fundamental failure of Canada's multi-tier health system. We have all the disadvantages of a single-tier health system: no choice, limited insurance options, no pre-funding vehicles, and low care and income replacement standards. Canadians do not have the advantage of fully funded first-class health care because, on the other side of the ledger, there are substantial and growing gaps in public health coverage. For many Canadians, supplementary health benefits are part of the solution, but even these fall short of offering true remedies to declining health coverage. These are real concerns for Canadians, but one can appreciate the specific concern of members who fear being confronted with these realities upon leaving politics. However, Bill C-24 does nothing to advance the lot of all Canadians with respect to freeing up new options, and delivering and funding health care.

How can MPs say to Canadians that the health care system is adequate and then deny them the right to spend after-tax dollars on additional health coverage, while concluding that they need additional health coverage at an earlier age?

In the end, taxpayers have good reason to be cynical. The Romanow report took 18 months and produced no meaningful changes in health care. The Kirby Senate committee spent more than two years studying and reporting on health care with few of their good recommendations enacted. In less than 20 minutes, parliamentarians voted themselves an extension of their generous health and disability insurance and then had the gall to wrap themselves in the language of fairness.

It is not fair that privileges for parliamentarians take precedence while Canadians must wait for innovative policies such as medical savings accounts, pre-funding of health care or mandatory retirement savings plans. These ideas do not appear on the radar screens of parliamentarians, and they should.

There is a simpler solution to this problem. Certainly, parliamentarians should do as the rest of us do and choose to purchase their own supplementary health coverage and disability insurance.

complémentaires constitue un problème pour certains, car lorsqu'on change d'emploi, on perd souvent la protection d'un régime avantageux. La personne peut et devrait toujours avoir le choix de souscrire une assurance. Le gouvernement ne peut pas faire grand-chose pour combler l'écart éventuel entre la couverture offerte par l'assurance et les règles de souscription. Il faut choisir entre annuler ou acheter une assurance-invalidité de longue durée ou toute autre forme d'assurance. Le projet de loi C-24 n'offre pas d'options aux travailleurs canadiens.

L'évidente nécessité d'avoir une assurance-maladie et une protection complémentaire font ressortir l'échec fondamental du système de soins de santé à niveaux multiples. Nous subissons tous les désavantages d'un système à un seul niveau: absence de choix, restriction des options en matière d'assurance, absence de mécanisme de préfinancement et relâchement des normes en matière de soins de santé et de remplacement du revenu. Les Canadiens n'ont pas l'avantage d'avoir un système de soins de santé de première classe fondé sur la capitalisation parce qu'il y a d'autre part des écarts importants qui se creusent au chapitre des soins de santé publics. Pour de nombreux Canadiens, l'assurance-maladie complémentaire constitue une partie de la solution, mais elle ne permet pas d'offrir une véritable solution à la diminution de la protection universelle. Ces questions préoccupent réellement les Canadiens. Toutefois, nous pouvons comprendre que les députés craignent d'être confrontés à une telle réalité après leur carrière dans la vie politique. Cependant, le projet de loi C-24 ne permet nullement d'améliorer le sort de tous les Canadiens, lorsqu'il s'agit d'accorder de nouvelles options, d'offrir des soins de santé et de les financer.

Comment les députés peuvent-ils dire aux Canadiens que le système de soins de santé est adéquat pour ensuite leur refuser le droit d'utiliser leur revenu après impôts pour acheter une assurance-maladie complémentaire tout en concluant qu'ils en ont besoin à un plus jeune âge?

Au fond, les contribuables ont de bonnes raisons d'être cyniques. Le rapport Romanow a nécessité 18 mois et n'a débouché sur aucune modification pertinente du système de soins de santé. Le comité sénatorial Kirby a consacré plus de deux ans à étudier le système de soins de santé et à rédiger un rapport, alors que peu de ses recommandations valables ont été mises en oeuvre. En moins de 20 minutes, les députés ont adopté une assurance-maladie et une assurance-invalidité généreuses pour ensuite avoir le culot de parler d'équité.

Il est injuste d'accorder la priorité aux privilèges des parlementaires pendant que les Canadiens attendent que soient mises en oeuvre des mesures novatrices comme des comptes d'épargne-santé, le préfinancement des soins de santé ou la création de régimes d'épargne-retraite obligatoires. Ces mesures ne semblent pas être envisagées par les parlementaires, mais elles le devraient.

La solution à ce problème est plus simple. Comme le reste d'entre nous, les parlementaires devraient pouvoir souscrire une assurance-invalidité et une assurance-maladie complémentaires.

**The Deputy Chairman:** Thank you, Mr. Winchester, for presenting very clear views of the Canadian Taxpayers Federation. From previous testimony, you know that many of us are troubled by the way that this was rushed through the House of Commons.

I have one question for clarification. Mr. Potvin, you said that when about half of Canadians retire, unless they access their retirement benefits immediately, they lose their health benefits. If they wait until they are 55 and then exercise retirement benefits, they are not eligible to get them back, whereas members of Parliament are eligible. Is that correct?

**Mr. Potvin:** I should clarify that. I was talking about access to private plans. Generally speaking, under the terms of the vast majority of private plans, you need to retire from employment with an immediate pension in order to keep your entitlement to the benefits of the employer-sponsored plan. If you leave your employment at 50 but do not access your pension until the age of 55, you will not have the benefits of the employer-sponsored plan.

**The Deputy Chairman:** I have one more question. It is known that this legislation was put together and passed with one particular Member of Parliament in mind. Members of Parliament are eligible for long-term disability. Mr. Potvin, you said that individual cases should be treated as one-off. At the time, I asked whether it would have been improper for this particular MP to draw on the long-term disability because the individual is still a full-time MP? Would that not have been one way to deal with this case without introducing legislation? Would that not have been financially beneficial?

**Mr. Potvin:** That is a good question. My understanding is that a Member of Parliament would have access to a disability pension. I am not familiar with the specifics of the particular case to which we are referring. The only reason I can think of for handling it that way is that the person's disability may not qualify under the terms of the disability plan. Otherwise, yes, it would have been beneficial to apply for the disability benefit, if the condition were severe enough. At the same time, in addition to the disability income, the individual would remain qualified for medical protection.

**The Deputy Chairman:** Do you have any comments, Mr. Winchester?

**Mr. Winchester:** I am surprised that approach was not exercised. There may be another case of a member who will also be in that same position and may claim long-term disability for different reasons. However, I would assume that in this specific case the individual does not qualify yet but knows that — if it is the individual I am thinking of — the disease in question, or the disability in question, will become progressive and will later qualify to get coverage. That may be the problem.

However, I would return to our remarks that the individual should then consider running again or whatever. This individual must make a personal choice about what she or he needs to do in life.

**La vice-présidente:** Merci, monsieur Winchester de nous avoir transmis très clairement les opinions de la Fédération canadienne des contribuables. Les témoignages précédents vous auront appris que bon nombre d'entre nous sont inquiets de la façon rapide dont le projet de loi a été adopté à la Chambre des communes.

Je souhaiterais obtenir une précision. Monsieur Potvin, vous avez dit que, à la retraite, environ la moitié des Canadiens n'ont plus droit aux prestations de maladie à moins de toucher immédiatement leurs prestations de retraite. S'ils attendent d'avoir 55 ans pour les toucher, ils n'ont plus droit aux prestations de maladie, contrairement aux députés. Est-ce ce que vous avez dit?

**M. Potvin:** Une précision s'impose. Je parlais des régimes privés. En règle générale, la vaste majorité des régimes privés exigent que vous preniez votre retraite et touchiez immédiatement votre pension pour avoir toujours droit aux prestations du régime offert par l'employeur. Si vous quittez votre emploi à 50 ans et attendez d'avoir 55 ans pour recevoir votre pension, vous n'aurez pas droit aux prestations du régime offert par l'employeur.

**La vice-présidente:** J'ai une autre question. On sait que la mesure législative a été rédigée et adoptée en fonction d'un député particulier. Les députés sont admissibles aux prestations d'invalidité de longue durée. Monsieur Potvin, vous avez dit que chaque cas devrait être traité au cas par cas. J'ai alors demandé s'il était pertinent que ce député demande des prestations d'invalidité de longue durée parce qu'il était encore député à temps plein. Cette solution n'aurait-elle pas permis de traiter ce cas sans devoir présenter un projet de loi? Cette situation n'aurait-elle pas été avantageuse sur le plan financier?

**M. Potvin:** C'est une bonne question. Je crois comprendre qu'un député aurait droit à une pension d'invalidité. Je ne suis pas au courant des particularités du cas auquel vous faites allusion. La seule raison qui me vient à l'esprit pour justifier un tel traitement, c'est que l'invalidité de cette personne n'est peut-être pas protégée par un régime d'assurance-invalidité. Sinon, je dirais qu'il serait avantageux de demander une prestation d'invalidité, si l'état de santé était grave. Parallèlement, cette personne toucherait une prestation d'invalidité tout en conservant la protection de l'assurance-maladie.

**La vice-présidente:** Avez-vous des observations, monsieur Winchester?

**M. Winchester:** Je suis surpris qu'une telle solution n'ait pas été utilisée. Il y aura peut-être un autre député qui se retrouvera dans la même position et qui pourra demander des prestations d'invalidité de longue durée pour des raisons différentes. Cependant, je dirais que, dans le cas présent, la personne n'est pas encore admissible, mais qu'elle sait — si c'est celle à laquelle je pense — que la maladie ou l'invalidité progressera et qu'elle sera ultérieurement admissible à la protection de l'assurance. C'est peut-être le problème.

Toutefois, je dirais encore une fois que la personne devrait alors envisager de se présenter de nouveau aux élections. C'est à elle qu'il revient de faire un choix personnel.

**Senator Keon:** Mr. Winchester, I got the idea that you are not supportive of this bill. The question came up before and I thought you were going to address it but you did not, quite. If this bill were passed would it not escalate into the entire public service? I would like your opinion on that.

**Mr. Winchester:** I will not prejudge the negotiations and machinations that may come after if the bill is passed but it does certainly open up that thin edge of the wedge and might allow for wider benefits for public servants. If that were to happen, we would raise even stronger objections. As I said, this is one case and does not seem it will be awfully expensive but that is how you get to \$1 billion at the end of a period of time.

**Senator Keon:** Would you care to comment, Mr. Potvin?

**Mr. Potvin:** I also agree that it would create a precedent. In the public service right now, an employee could retire at age 50 and choose not to receive a pension until he or she is 55 or 60. If, for a member of Parliament, we argue that while they are not in the receipt of a pension they should have medical coverage, certainly that could create a precedent to have the same argument for public servants.

**Senator Cook:** I need clarification of this issue. Let us say that I, as a parliamentarian, have been diagnosed with chronic illness. Looking to the future when I am no longer a parliamentarian, no longer able to run for elected office, what would be my options at that point when I need to make a decision to purchase insurance? Would I be eligible, knowing that I have an illness?

**Mr. Winchester:** I have not read the particulars of what kind of coverage parliamentarians have and when. Presumably, if one had a chronic illness one could opt to claim long-term disability and then cease to be a parliamentarian at some point. However, in terms of purchasing your own insurance after learning that you have some kind of chronic illness, you would be faced with a very difficult problem but that is no different from the problem that all Canadians face when they find out — often too late — that they may have a certain disease or may be vulnerable to a certain disability. The insurance industry is unequivocal in saying everyone should buy critical illness and long-term disability insurance that is their own that they take with them wherever they go.

We know that already exists. However, from a public policy perspective, members, senators and members of the House of Commons ought to be proposing other vehicles that allow people other options. It is all well and good if your employer provides you with that benefit — in fact, you are quite lucky if you get that. However, you also have to take responsibility for yourself, your family, and your own long-term financial planning. If public policy and the government do not give you options to save for, for

**Le sénateur Keon:** Monsieur Winchester, j'ai l'impression que vous n'appuyez pas ce projet de loi. La question a été posée plus tôt et je croyais que vous alliez y répondre, mais vous ne l'avez pas vraiment fait. Si ce projet de loi était adopté, ne finirait-il pas par viser l'ensemble de la fonction publique? J'aimerais avoir votre avis à ce sujet.

**M. Winchester:** Je ne veux pas préjuger des négociations ni des intrigues qui pourraient se produire une fois le projet de loi adopté, mais il ouvre certainement la porte à des prestations plus vastes au bénéfice des fonctionnaires. Si cela devait arriver, nous nous opposerions encore davantage au projet de loi. Comme je l'ai dit, il s'agit d'un seul cas qui ne semble pas être extrêmement coûteux, mais c'est comme ça que les choses commencent et qu'on peut, au bout d'un certain laps de temps, arriver à un milliard de dollars.

**Le sénateur Keon:** Avez-vous quelque chose à dire, monsieur Potvin?

**M. Potvin:** Je conviens également que cela créerait un précédent. Actuellement, dans la fonction publique, un employé peut prendre sa retraite à l'âge de 50 ans et choisir de ne pas recevoir de pension de retraite avant l'âge de 55 ou 60 ans. Dans le cas d'un député, le fait de prétendre qu'il doit avoir droit à une couverture médicale même s'il ne reçoit pas de pension de retraite pourrait certainement créer un précédent pour les fonctionnaires.

**Le sénateur Cook:** J'ai besoin de précisions à cet égard. Disons par exemple qu'au cours de mon mandat de parlementaire, mon médecin me dise que je souffre d'une maladie chronique. Si je me tourne vers l'avenir, que je ne serai plus parlementaire, que je ne pourrai plus me présenter à des élections, quelles seraient mes options au moment même où je devrais décider d'acheter une d'assurance? Serais-je admissible, sachant bien que j'ai une maladie?

**M. Winchester:** Je ne connais pas les détails du genre de couverture dont bénéficient les parlementaires ni du moment où elle s'applique. J'imagine qu'en cas de maladie chronique, on pourrait faire une demande de prestations d'invalidité à long terme et, à un moment donné cesser d'être parlementaire. Toutefois, pour ce qui est de l'achat de votre propre assurance, une fois que vous avez appris que vous avez un genre de maladie chronique, vous allez être confronté à un problème fort difficile, mais qui n'est pas différent de celui que connaissent tous les Canadiens lorsqu'ils s'aperçoivent — souvent trop tard — qu'ils ont peut-être une maladie donnée ou qu'ils courent le risque d'un certain handicap. L'industrie de l'assurance est très claire: tout le monde devrait acheter une assurance pour maladies graves ou pour invalidité à long terme; c'est la responsabilité de tout un chacun.

Nous savons que cela existe déjà. Toutefois, dans une perspective de politique générale, les sénateurs et les députés devraient proposer d'autres moyens offrant aux gens d'autres options. Tout va bien si votre employeur vous offre cette prestation — en fait, vous avez beaucoup de chance en pareil cas. Toutefois, vous devez également assumer cette responsabilité pour vous-même, pour votre famille et pour votre propre planification financière à long terme. Si la politique générale et

instance, medical problems or medical expenses later in life, then we as a society are letting those people down. We are not providing that. We have RRSPs, but we do not have medical savings accounts and we have limited supplementary insurance and health insurance options. There has not a lot been done to change that, partly because the Canada Health Act is a straight jacket on that.

**Senator Cook:** I understand that you are saying no, that my options at that point in time are not there for me to purchase. I have to purchase when I am in reasonably good health and there is nothing wrong. I know from my own personal experience that when my husband died and I had no income or no group insurance, I just went out and purchased a package at that point in time. My question was whether there is an option to purchase supplementary insurance at the point of entry when you know you have a chronic illness. I take it that that is not an option.

**Mr. Winchester:** I believe in some cases it is not an option and in other cases it is prohibitively expensive.

**Senator Morin:** I would like to address my questions to Mr. Winchester. In your document you say, if I am right, that 50 per cent of Canadian employees have access to medical, dental and disability insurance. Is that right?

**Mr. Winchester:** That is according to Statistics Canada.

**Senator Morin:** Why do you say that in your final closing remarks that all parliamentarians should do as the rest of us and choose to purchase their own health coverage and disability? Either it is 50 per cent or the rest of us. What does that statement mean?

**Mr. Winchester:** The 50 per cent pertains to people who have some kind of supplementary insurance. They do not necessarily have access to supplementary insurance that they can take with them after they leave their employment. I have supplementary health insurance but as soon as I no longer work at the Canadian Taxpayers Federation — be that at age 65 or next week — I cannot buy those benefits or take them with me. A lot of workers are in that position.

**Senator Morin:** I realize that. You are telling me that when you retire you will not have your dental and medical insurance with you.

**Mr. Winchester:** That is not assured under the plan I have.

**Senator Morin:** You have a small plan but Mr. Potvin will agree that many large institutions and companies and employers carry on the coverage after the person has retired so there is nothing unusual about that. Am I right?

**Mr. Potvin:** That is correct. It is not all employers and I was quoting from statistics, about 53 per cent of employers across the country.

le gouvernement ne vous donnent pas les options voulues pour économiser en cas de problèmes ou de frais médicaux plus tard dans votre vie, cela veut dire que la société ne se préoccupe nullement de certains de ses membres. Nous n'assumons pas cette responsabilité. Nous avons des REER, mais nous n'avons pas de compte d'épargne médicale et nos options en matière d'assurance complémentaire et d'assurance-maladie sont limitées. Peu de choses ont été faites pour modifier cette réalité, en partie parce que la Loi canadienne sur la santé l'en empêche.

**Le sénateur Cook:** Je comprends que d'après vous, je ne peux pas actuellement acheter d'assurance. Je dois en acheter lorsque je suis en relativement bonne santé et que tout va bien. Je peux vous parler de ma propre expérience: lorsque mon conjoint est décédé et que je me suis retrouvée sans revenu et sans assurance collective, j'ai simplement dû acheter une assurance à ce moment-là. Ce que je veux savoir c'est s'il est possible d'acheter une assurance complémentaire au moment où vous apprenez que vous avez une maladie chronique. Si je comprends bien, ce n'est pas possible.

**M. Winchester:** Dans certains cas, je pense que c'est possible, dans d'autres, c'est hors de prix.

**Le sénateur Morin:** J'aimerais poser mes questions à M. Winchester. Dans votre document vous dites, si je ne me trompe, que 50 p. 100 des employés canadiens ont accès à une assurance médicale, dentaire et d'invalidité, n'est-ce pas?

**M. Winchester:** D'après Statistique Canada.

**Le sénateur Morin:** Pourquoi dites-vous dans votre conclusion que tous les parlementaires devraient faire comme tout le monde et acheter leur propre assurance-maladie et d'invalidité? C'est soit 50 p. 100 de la population, soit tout le monde. Que voulez-vous dire exactement?

**M. Winchester:** Les 50 p. 100 visent ceux qui ont un genre d'assurance complémentaire. Ils n'ont pas nécessairement accès à un régime complémentaire dont ils peuvent continuer de bénéficier une fois qu'ils quittent leur emploi. J'ai une assurance complémentaire, mais à partir du moment où je quitte mon emploi de la Fédération des contribuables canadiens — à 65 ans ou dès la semaine prochaine — je ne peux pas acheter ces prestations d'assurance ni continuer d'en bénéficier. Beaucoup de travailleurs sont dans la même situation.

**Le sénateur Morin:** Je le comprends. Vous me dites que lorsque vous prendrez votre retraite, vous n'aurez plus d'assurance dentaire et médicale.

**M. Winchester:** C'est en vertu du régime dont je bénéficie actuellement.

**Le sénateur Morin:** Vous bénéficiez d'un régime restreint, mais M. Potvin conviendra avec moi que beaucoup d'institutions, sociétés et employeurs importants maintiennent la couverture même après le départ à la retraite, si bien qu'il n'y a rien d'inhabituel à ce sujet, n'est-ce pas?

**M. Potvin:** C'est exact. Lorsque j'ai cité les statistiques, elles ne visaient pas tous les employeurs, mais environ 53 p. 100 d'entre eux à l'échelle du pays.

**Senator Morin:** The fact that it is carried on after retirement is not by itself unusual, or exceptional. I want to make that clear because the rhetoric here seems to say that the fact that the coverage is extended after retirement would be unusual and quite different from the other employees. That is not the fact. On the contrary, most large industries and employers would carry on the coverage after retirement.

**Mr. Potvin:** That is correct.

**Senator Morin:** In that respect, parliamentarians are not that different. Am I right in saying that?

**Mr. Potvin:** Yes.

**Senator Morin:** Then we are not really discussing the fact that coverage has extended after retirement. We are discussing is the fact that there is a very narrow window, between 50 and 55, under which the retirement is not in force but that the coverage for medical, dental and disability insurance would be extended. We are discussing a very narrow issue. Am I right in saying that?

**Mr. Potvin:** Yes.

**Senator Morin:** How could such a narrow window balloon over time into such a big cost by looking at the legislation itself?

**Mr. Potvin:** I am not sure I understand your question.

**Senator Morin:** Let me repeat the question by quoting from Mr. Winchester's testimony. He said that "...what was once thought to be a small cost when first proposed can balloon over time and become a big cost." How can the legislation, by itself, "balloon into a big cost?" Parliamentarians between the age of 50 and 55 who have not retired would be extended medical, life and disability insurance. That is a very narrow window. It could not balloon into a big cost.

**Mr. Winchester:** I know with respect to certain honourable senators you would like to see this as a narrow issue and would like to portray it as such. As one of your colleagues pointed out, it has the potential to carry over into the public service. The number of people employed in the public service is a growing number. It has grown steadily since about 1997. You are talking about close to half a million employees. Therein, it does actually carry quite a substantial cost.

We also know that what happens with federal public servants sets the tone for provincial and local public servants. Now, we are talking about a pool of roughly 3 million people this year. That could carry substantial costs not only for federal taxpayers — with whom you are of course all quite concerned — but also for provincial and local taxpayers, who we as organization represent.

We feel that it is in fact a much broader issue. I understand the desire to see it as a much narrower issue and focus in on this one piece of legislation and, indeed, focus it on one individual. However, this is not something to which every single Canadian

**Le sénateur Morin:** Le fait que le régime soit maintenu après la retraite n'est pas inhabituel ni exceptionnel. Je veux que ce soit clair, car on semble dire ici que le maintien de la couverture après la retraite est inhabituel et ne correspond pas à la situation des autres employés. Ce n'est pas vrai. Au contraire, la plupart des industries et des employeurs d'importance maintiennent la couverture après la retraite.

**M. Potvin:** C'est exact.

**Le sénateur Morin:** À ce moment-là, les parlementaires ne sont pas différents, n'est-ce pas?

**M. Potvin:** Effectivement.

**Le sénateur Morin:** Il ne s'agit pas alors de débattre du maintien de la couverture après le départ à la retraite. Nous parlons d'une période de temps très limitée — entre 50 et 55 ans, avant le départ à la retraite — au cours de laquelle l'assurance médicale, dentaire et d'invalidité serait maintenue. C'est très circonscrit, n'est-ce pas?

**M. Potvin:** Oui.

**Le sénateur Morin:** Si l'on s'en tient au projet de loi lui-même, pourquoi une période aussi limitée entraînerait très rapidement un coût aussi énorme?

**M. Potvin:** Je ne suis pas sûr de comprendre votre question.

**Le sénateur Morin:** Permettez-moi de la répéter en reprenant les propos de M. Winchester. Il a dit que ce qui est considéré comme un coût infime au départ peut augmenter rapidement et devenir un coût énorme. Comment le projet de loi, en lui-même, peut-il entraîner très rapidement un coût élevé? Les parlementaires qui ont entre 50 et 55 ans et qui n'ont pas pris leur retraite bénéficieraient de l'assurance médicale, l'assurance-vie et l'assurance en cas d'invalidité. Nous parlons d'un nombre très restreint de personnes et cela ne pourrait pas se traduire par un coût élevé.

**M. Winchester:** Je sais que certains honorables sénateurs souhaiteraient que cette question soit de portée limitée et aimeraient la décrire comme telle. Comme l'un de vos collègues l'a fait remarquer, cela pourrait dépasser le cadre des parlementaires et s'appliquer à la fonction publique. Le nombre de personnes employées à la fonction publique ne cesse de croître régulièrement depuis 1997 environ. Nous parlons de près d'un demi-million de fonctionnaires. Par conséquent, ce projet de loi peut effectivement donner lieu à un coût assez important.

Nous savons également que ce qui se passe dans le cas des fonctionnaires donne le ton pour ce qui est de la situation des fonctionnaires provinciaux et locaux. Nous parlons alors d'un bassin de près de trois millions de personnes cette année. Cela pourrait entraîner des coûts importants non seulement pour les contribuables fédéraux — qui vous préoccupent, bien sûr — mais aussi pour les contribuables provinciaux et locaux, que nous représentons en tant qu'organisme.

Il s'agit en fait d'après nous d'une question beaucoup plus vaste. Je comprends que vous souhaitiez l'envisager comme une question plus restreinte et que vous aimeriez vous concentrer sur cette mesure législative et, en fait, sur une personne en particulier.



has access. It is not fair to those Canadians. There may be the sense that it is not fair vis-à-vis senior public servants or well-heeled managers in a select number of companies. The reality for most Canadians is small business and individual businesses that do not have the option of these big pools of insurance.

We object to this is in part because it will cost money and in part because it ignores some fundamental problems that ought to be fixed. I am not directing this at honourable senators, of course, because you are talking about it today. However, is there so little for parliamentarians to talk about and deliberate upon that they have to talk about how and deliberate how they can pay themselves more benefits? I am not sure that sits well with taxpayers. It does not sit well with our supporters, which is why I am here.

Perhaps I should apologize for the strong rhetoric but I was upset when I read the minister's testimony before this committee. He wants to see it as a narrow issue, which I understand, but I reject it. Taxpayers at large see it as a bigger issue.

**Senator Morin:** You complain that it was introduced in great haste, and now you are objecting to the fact that we are deliberating it. It is either one or the other.

**Mr. Winchester:** I congratulate you for deliberating on it and I directed my scorn —

**Senator Morin:** You said we have nothing else to do.

**Mr. Winchester:** My scorn was entirely directed at the members of the House of Commons and not honourable senators. I apologize if I conveyed the wrong impression.

**The Deputy Chairman:** You did not, Mr. Winchester. That is what the witness said, Senator Morin.

**Senator Morin:** I will move to another issue. Parliament costs \$450 million, up 41 per cent. What percentage of the increasing costs comes from compensation?

**Mr. Winchester:** Off the top of my head, I so not know. I would have to consult the public accounts.

**Senator Morin:** If you do a quick calculation, it is between 10 and 20 per cent.

**Mr. Winchester:** I would be prepared to send, by e-mail or fax, a detailed breakdown of those based on the public accounts. However, I do not have the figures off the top of my head.

**Senator Morin:** How does your organization feel about empowering parliamentarians and giving them greater say and role and more power in dealing with government issues? How do you feel about giving them more resources? If we give them more resources, do you not think that Parliament costs would go up?

Toutefois, ce ne sont pas tous les Canadiens qui y ont accès et à cet égard, ce n'est pas juste. Les Canadiens pourraient avoir le sentiment d'une injustice dans le cas des cadres supérieurs de la fonction publique ou des gestionnaires fort à l'aise de sociétés privilégiées. La réalité que vivent la plupart des Canadiens dans les petites entreprises et dans les entreprises individuelles, c'est qu'ils n'ont pas accès à ces grands regroupements d'assurance.

Nous nous opposons à ce projet de loi en partie parce qu'il va coûter de l'argent et aussi parce qu'il laisse de côté certains problèmes fondamentaux qu'il faudrait régler. Je ne vous vise pas, honorables sénateurs, bien sûr, sous prétexte que vous en parlez aujourd'hui. Toutefois, les parlementaires ont-ils si peu de questions à débattre qu'ils doivent débattre de la façon dont ils peuvent s'octroyer plus d'avantages? Je ne suis pas sûr que ce soit bien vu des contribuables, ni non plus de ceux qui nous appuient et pour lesquels je suis ici.

Peut-être devrais-je m'excuser pour mes propos sans ambages, mais le témoignage du ministre devant votre comité m'a dérangé. Il considère qu'il s'agit d'une question de portée limitée, ce que je comprends, mais je ne suis pas d'accord. Dans leur ensemble, les contribuables considèrent qu'il s'agit d'une question plus vaste.

**Le sénateur Morin:** Vous vous plaignez en disant que ce projet de loi a été présenté de manière précipitée, et maintenant vous vous opposez à ce que nous en débattions. C'est soit l'un soit l'autre.

**M. Winchester:** Je vous félicite d'en discuter et je me suis montré méprisant à l'égard de...

**Le sénateur Morin:** Vous avez dit que nous n'avons rien d'autre à faire.

**M. Winchester:** Je me suis montré méprisant uniquement à l'égard des députés et non à l'égard des honorables sénateurs. Si je me suis mal fait comprendre, je vous prie de m'en excuser.

**La vice-présidente:** Vous ne vous êtes pas fait mal comprendre, monsieur Winchester. C'est ce que le témoin a dit, sénateur Morin.

**Le sénateur Morin:** Je vais passer à une autre question. Le Parlement coûte 450 millions de dollars, une hausse de 41 p. 100. Quel pourcentage de l'augmentation provient de la rémunération?

**M. Winchester:** Je répondrais spontanément en disant que je ne le sais pas, il faudrait que je consulte les comptes publics.

**Le sénateur Morin:** Si vous faites un calcul rapide, c'est entre 10 et 20 p. 100.

**M. Winchester:** Je serai prêt à envoyer par courriel ou par télécopie une ventilation détaillée de ces chiffres à partir des comptes publics. Toutefois, je ne les ai pas en tête.

**Le sénateur Morin:** Que pense votre organisme au sujet d'une plus grande responsabilisation des parlementaires qui joueraient un plus grand rôle et auraient plus de pouvoirs en matière de questions gouvernementales? Pensez-vous qu'il faudrait leur donner plus de ressources? En pareil cas, ne pensez-vous pas que les coûts du Parlement augmenteraient?

**Mr. Winchester:** There are good and legitimate reasons for government costs to go up. It is interesting that you mention the empowerment of parliamentarians. I think that is a good thinking. Parliamentarians — be they members of the House of Commons or members of the Senate — should exercise their independence and should have the resources to make poignant observations.

One news item I noticed with respect to increased costs at the House of Commons and increased resources in reference to the term “democratic deficit,” was a move that paid senior chiefs of staff or cabinet ministers that resulted in some chiefs of staff actually earning more money than a back-bench MP.

I am not sure what that says vis-à-vis accountability and democratic deficits. However, I do know that if you are going to give parliamentarians more money for their office budget, more opportunity to buy and contract resources and studies, and more opportunity to speak to legislation, it costs money. It costs money to send parliamentarians out to speak with Canadians about matters of public policy and importance. We would support those kinds of expenses.

However, when we see the negative kind of expenses, we are doubly concerned because that is money not spent the way it should be and money spent frivolously and in a way that is quite galling to taxpayers.

**Senator Morin:** My point is you did not break it down. You said there was a 40 per cent increase in costs in Parliament over 10 years. Some of it as you have just said may have been —

**Mr. Winchester:** The cost of member compensation has increased by 22 per cent. They have increased their wages by 22 per cent. The face value of the pensions has increased by 42 per cent. I do not have the exact number but the actuary on the pension required that additional funds be put into the members’ fund anticipating the retirement of members and anticipating increased costs.

Although I may not know what the breakdown is, I know anecdotally that a big mover of that cost is more compensation for members. We do not have a problem with members being paid the way that the Lumley Commission has presented it. You do not have the tax-free allowance. It is nice and straightforward. It is really not a particularly outrageous pay scale.

What does become outrageous is the generous pension and benefits because in the face of a salary that puts you in the top 2 per cent of wage earners, one would presume you had some money left over to put into savings, purchase supplementary insurance or something. You know what? That is a decision that the 406 members can make individually. I will not tell them what to do.

**M. Winchester:** Les coûts de l’État peuvent augmenter pour de bonnes et légitimes raisons. Il est intéressant que vous parliez de la responsabilisation des parlementaires, car je pense que c’est une bonne idée. Les parlementaires — qu’il s’agisse des députés ou des sénateurs — devraient exercer leur indépendance et avoir les ressources voulues pour faire des observations poignantes.

On parle de «déficit démocratique»; or, j’ai remarqué à propos de l’augmentation des coûts à la Chambre des communes et de l’accroissement des ressources à cet égard, que par suite d’une décision en matière de rémunération des chefs de cabinet ou des ministres, certains chefs de cabinet gagnent en fait davantage que les simples députés.

Je ne sais pas ce que cela signifie en termes de responsabilité et de déficit démocratique. Ce que je sais cependant, c’est que si vous augmentez le budget des bureaux des parlementaires, si vous leur donnez plus d’argent pour les ressources et les études, si vous leur donnez davantage l’occasion de s’exprimer sur les projets de loi, cela va coûter de l’argent. Quand les parlementaires partent en tournée dans le but de rencontrer des Canadiens et de discuter avec eux de questions d’intérêt public et d’enjeux importants, cela coûte de l’argent. Nous appuyons toutefois les dépenses de ce genre.

Par ailleurs, quand nous voyons que des fonds sont utilisés à mauvais escient, nous sommes doublement inquiets parce que l’argent n’est pas dépensé comme il devrait l’être. Il est dépensé de façon frivole, ce qui choque les contribuables.

**Le sénateur Morin:** Le fait est que vous ne donnez aucune précision. Vous dites que les dépenses du Parlement ont augmenté de 40 p. 100 sur 10 ans. Une partie de cette hausse, comme vous venez de le mentionner...

**M. Winchester:** Le coût du régime de rémunération des députés a augmenté de 22 p. 100. Les salaires ont augmenté de 22 p. 100. La valeur nominale des pensions a augmenté de 42 p. 100. Je n’ai pas les chiffres exacts avec moi, mais l’actuaire a recommandé que des fonds additionnels soient consacrés au régime de pension des députés pour tenir compte du nombre de députés qui vont partir à la retraite et de l’augmentation des coûts.

Je ne sais peut-être pas comment les coûts sont répartis, mais il semble, d’après les données empiriques qui existent, que la rémunération plus élevée des députés compte pour une bonne part de ceux-ci. Nous ne sommes pas contre le fait que les députés soient payés selon la méthode proposée par la commission Lumley. L’allocation non imposable disparaîtrait. La formule est claire et simple, et l’échelle salariale, plutôt raisonnable.

Ce qui l’est moins, ce sont les prestations de pension et les avantages généreux qui sont versés, parce que quand vous comptez parmi les 2 p. 100 de contribuables qui font partie de la tranche de revenus la plus élevée, on peut présumer que vous êtes en mesure de mettre de l’argent de côté, de souscrire à une assurance complémentaire, ainsi de suite. Vous savez quoi? C’est une décision que les 406 parlementaires devront prendre séparément. Je ne peux pas décider à leur place.

**Senator Morin:** We already dealt with the fact that 50 per cent of Canadians have that type of insurance.

I would like to move to your comments about the health care system. I am not too sure exactly what you mean. You seem to feel that it is a disadvantage that we have single tier health system with no choice, insurance options, low care and so forth. Could you elaborate on this statement?

**The Deputy Chairman:** Before you answer that question, Mr. Winchester I noticed that that was sort of thrown into your statement. We addressed many of these things in our health care study. It is a bit off topic from the legislation we are here to study. In any event, since he put —

**Senator Morin:** He has a full page on it. If he wants to remove it from his document, I have no objection.

**The Deputy Chairman:** I am saying we are getting off the topic of Bill C-24. Mr. Winchester if you could answer that as briefly as you can.

**Mr. Winchester:** I will not move off topic because I know your committee spent much time on this issue and honourable senators are aware of the deficiencies of our multi-tier health system.

I will say this. The mere fact that parliamentarians feel they need supplementary health benefits and disability benefits illustrates that we do have a multi-tier health system. We have the bottom line, which is the state-funded health system that everybody gets, and a number of other tiers depending on what supplementary coverage you decide to purchase, limited though it is, or is provided to you by your employer. That is not a problem. There is nothing wrong with that.

On the other side, if you do not balance the equation by allowing supplementary purchase and procurement of not just health coverage but health services — and I will be unequivocal here, a parallel private system of health care, I think we need to move to that — that is what my reference is to. Again, I wish that honourable senators and members of the House of Commons would get serious about making that sort of thing a reality. In an equitable way, yes, and fair way, yes, but nevertheless that is where the real solution lies on health care.

I would be happy to return to talk about health care on another occasion and/or draw your attention to some of the writings that our organization has done over the last four or five years on the subject. We have been fairly consistent. I will say no more on that.

**The Deputy Chairman:** Mr. Winchester, we will probably take you up on that offer at some point in the future.

**Le sénateur Morin:** Nous avons déjà souligné le fait que 50 p. 100 des Canadiens possèdent ce type d'assurance.

J'aimerais revenir à ce que vous avez dit au sujet du régime de soins de santé. Je ne comprends pas très bien votre logique. Vous semblez croire qu'il est désavantageux d'avoir un système de soins de santé à un seul palier qui n'offre aucun choix, aucune option d'assurance, des soins de faible qualité, ainsi de suite. Que voulez-vous dire au juste?

**La vice-présidente:** Avant de répondre à la question, monsieur Winchester, je remarque, en passant, que vous en faites mention dans votre exposé. Nous avons abordé bon nombre de ces points dans notre étude sur les soins de santé. Cela n'a rien à voir avec le projet de loi à l'étude. Quoi qu'il en soit, puisqu'il a posé...

**Le sénateur Morin:** Il y a une page complète là-dessus. S'il veut la retirer de son document, je ne m'y opposerai pas.

**La vice-présidente:** On s'écarte du sujet. Il est question ici du projet de loi C-24. Monsieur Winchester, je vous demanderais d'être aussi bref que possible.

**M. Winchester:** Je ne m'écarterai pas du sujet, parce que je sais que le comité a consacré beaucoup de temps à cette question et que les honorables sénateurs sont conscients des lacunes que comporte notre système de soins de santé à plusieurs paliers.

Or, le simple fait que les parlementaires jugent nécessaire d'avoir des prestations de maladie et d'invalidité complémentaires montre que nous avons un système de santé à plusieurs paliers. Nous avons un système de base, c'est-à-dire un système de santé financé par l'État auquel tout le monde a accès, et nous avons plusieurs autres paliers, en fonction de la couverture médicale supplémentaire que vous décidez d'acheter, même si elle est limitée, ou que vous fournit votre employeur. Je ne vois rien d'inacceptable dans tout cela.

Toutefois, si vous ne rétablissez pas l'équilibre en autorisant l'achat non seulement d'une couverture médicale complémentaire, mais aussi de soins de santé — et je crois, sans équivoque aucune, qu'il nous faut un système de soins de santé privé et parallèle — nous risquons d'avoir un problème et c'est à cela que je fais allusion. Encore une fois, je souhaite que les honorables sénateurs et les députés de la Chambre des communes envisagent sérieusement la possibilité de créer un tel système. Il faut procéder de façon juste et équitable. C'est là que réside la solution du problème.

Je reviendrai volontiers vous parler du système de soins de santé ou encore des études que nous avons effectuées sur le sujet au cours des quatre ou cinq dernières années. Notre position est assez claire. Je n'en dirai pas plus.

**La vice-présidente:** Monsieur Winchester, nous allons probablement vous prendre au mot à un moment donné.

As a point of clarification, when public servants leave the Public Service or take early retirement but does not immediately access their retirement benefits, and then five years later — say they leave at 50 — they access their retirement benefits, are they eligible to get their medical and dental at that point?

**Mr. Potvin:** They become eligible at that point to receive their medical and dental.

**The Deputy Chairman:** However, they cannot from the time they are 50 to 55?

**Mr. Potvin:** That is right.

**The Deputy Chairman:** Therefore, to underscore the point made by Senator Keon, this could be a tremendous bargaining position for public servants who wanted to —

**Mr. Potvin:** Definitely, it would be a precedent, yes.

**Senator Fairbairn:** Mr. Potvin, when you mentioned in your comments that aside from the purpose of this bill, there are exceptions for people getting coverage who have health problems or whatever in regular life. Could you give us some examples of what those might be?

**Mr. Potvin:** I am not saying that there are exceptions. I am referring to a particular situation that may warrant exceptions. It is often the way, for example, a private sector employer would deal with the situation if the general design of the plan does not cover specific situations, but there are specific circumstances that warrant an exception, then that is the way it will be handled, generally speaking, as opposed to broadly changing the plan design.

**Senator Fairbairn:** Would it be done on an individual basis?

**Mr. Potvin:** Yes, on an individual basis. It is not unusual, for example, to see a medical plan that does not cover certain conditions. If, for whatever reason, there is an individual where the employer feels it is warranted and whatever treatment should be covered in that specific case, an exception will be made. That is not unusual.

**Senator Callbeck:** The area I wanted to question has already been dealt with, but I do have a short question for Mr. Winchester. You say that it is obvious that however compensation for politicians is set, it should be in line with the public's expectations.

I assume you feel that compensation today is not in line with public expectations. What process would you set up to determine what the public expectations are?

**Mr. Winchester:** First, I think the current salary paid to members and senators is in line with public expectations. Certainly, there is a minority of Canadians who probably feel strongly it is a bit too high, and a minority who feel it is not high enough. However, right down the middle most people are pretty comfortable with the pay side. However, when you look at things like the supplementary benefits and the pension, there is a lot more discomfort.

J'aimerais avoir une précision. Quand des employés quittent la fonction publique ou prennent une retraite anticipée et qu'ils touchent leurs prestations de retraite non pas immédiatement, mais cinq ans plus tard — disons qu'ils quittent à 50 ans —, ont-ils droit, quand ils y deviennent admissibles, à l'assurance médicale et dentaire?

**M. Potvin:** Ils y ont droit, oui.

**La vice-présidente:** Mais ils n'y ont pas droit entre 50 et 55 ans?

**M. Potvin:** C'est exact.

**La vice-présidente:** Par conséquent, pour revenir à ce qu'a dit le sénateur Keon, il s'agirait là d'un outil de négociation fort utile pour les fonctionnaires qui veulent...

**M. Potvin:** Absolument. Ce serait un précédent.

**Le sénateur Fairbairn:** Monsieur Potvin, vous avez indiqué que, mis à part ce que propose ce projet de loi, il y a des exceptions qui s'appliquent à la couverture médicale offerte aux personnes qui ont des problèmes de santé ou autres. Pouvez-vous nous donner quelques exemples?

**M. Potvin:** Il n'y a pas d'exceptions, mais plutôt des circonstances particulières qui pourraient en admettre. Par exemple, l'employeur du secteur privé a souvent recours à des exceptions si le régime, dans son ensemble, ne couvre pas certains services. S'il y a des circonstances particulières qui admettent une exception, on va avoir recours à cette formule au lieu de modifier, de façon générale, les modalités du régime.

**Le sénateur Fairbairn:** Est-ce qu'on procéderait au cas par cas?

**M. Potvin:** Oui. Il n'est pas rare, par exemple, d'avoir un régime médical qui ne couvre pas certains services. Si, pour une raison ou pour une autre, l'employeur juge que le traitement dont doit subir une personne devrait être couvert, une exception sera admise. Cette façon de faire n'est pas inhabituelle.

**Le sénateur Callbeck:** On a déjà abordé le sujet, mais j'aimerais poser une brève question à M. Winchester. Vous dites que, peu importe la formule utilisée pour calculer la rémunération des politiciens, celle-ci devrait correspondre aux attentes du public.

Je présume que cette rémunération ne cadre pas, selon vous, avec les attentes du public. Or, comment doit-on s'y prendre pour définir, justement, ces attentes?

**M. Winchester:** D'abord, je pense que le salaire actuel des députés et des sénateurs correspond aux attentes du public. Il y a, certes, un petit groupe de Canadiens qui jugent que le salaire est un peu trop élevé, et un petit groupe qui juge que le salaire n'est pas suffisamment élevé. Toutefois, la plupart des Canadiens s'entendent pour dire que la rémunération qui est versée est juste. Ce sont plutôt les avantages supplémentaires et les prestations de pension qui suscitent beaucoup de mécontentement.

I receive media inquiries and inquiries from our supporters on a regular basis asking me — usually it is after a member announces he or she will not run again — what that member's pension is worth. There is, in some cases, a misperception that these pensions are worth vastly more than they are, and that is because we went from a system where six to 14 years paid a pension to one where, if a member were elected in 2001, they would have to serve 10 to 25 years to get a pension.

There is some miscommunication out there. The House of Commons and parliamentarians in general would be better served if they post compensation clearly, visibly and in an understandable format as the Government of Alberta does — particularly the pension and salary compensation component.

There are many Canadians who do not get supplementary benefits. They work in small businesses or work in their own shop, or alternatively work somewhere where the benefits they get — if they are in that 50 to 53 per cent who receive the benefits — are more limited and not as generous as these. In terms of getting one's supplementary medical and disability carried over, in almost all cases you have to actually be claiming your pension to get those. I am sure there are some exceptions; highly paid executives in places such as Nortel enjoy all sorts of other exceptions as well.

However, for the average Canadian, this issue of supplementary disability coverage is not in line with what they get. I think many Canadians do not really understand what this bill is about. If they understood it better, rather than in sort of these narrow terms that some want to portray it in, I think they would be more upset about it. Perhaps it was a good strategy on the part of the parliamentarians to wait until this point in time, when most people are more concerned about, say, Mr. Guité's testimony today and some of these other issues than this particular one, but it really does smack of unfairness that parliamentarians would do this.

You asked about the process. I think what came out of the Lumley report was very good. It did fall short on the issue of pensions. It is in the best interests of all parliamentarians to move to a registered retirement savings plan. They have more control over their pensions in this case; they can use it for medical or pension reasons and can have more or less money. It is portable and they can take it where they want. They do not have to feel stuck here — not that any of you would feel stuck, you probably all enjoy serving — but it would offer more options, which is good.

When it comes to benefits, we should be clear about severance and other benefits for political appointees and parliamentarians. For this level of government and every other level of government, it is a simple principle: If you are a professional public servant, you are entitled to severance and certain long-term disability coverage, and you may even be entitled to get that earlier than retirement. However, when it comes to a political appointee or

Je reçois régulièrement des demandes de la part de médias et de membres — habituellement, après qu'un député annonce qu'il ne se représentera pas aux prochaines élections — qui veulent savoir à combien s'élèvera la pension de ce député. Si certains pensent, à tort, que le régime de pension est beaucoup plus généreux qu'il ne l'est en réalité, c'est parce que nous sommes passés de la formule de six à 14 ans. Le député qui a été élu en 2001 devra siéger pendant une période allant de 10 à 25 ans avant d'avoir droit à une pension.

Il y a un problème de communication. La Chambre des communes et les parlementaires, en général, devraient faire preuve de transparence et afficher leur rémunération clairement et visiblement, comme le fait le gouvernement de l'Alberta — surtout les composantes pension et salaire.

Il y a de nombreux Canadiens qui ne reçoivent pas de prestations supplémentaires. Ils travaillent pour des petites entreprises ou à leur compte, ou encore pour une compagnie qui offre des avantages — s'ils figurent parmi les 50 à 53 p. 100 de travailleurs qui les reçoivent — moins généreux. Pour ce qui est de l'assurance médicale et invalidité complémentaire, dans presque tous les cas, vous devez toucher une pension pour y avoir droit. Je suis certain qu'il y a des exceptions; les cadres supérieurs des sociétés comme Nortel ont droit à toutes sortes d'exceptions.

Toutefois, pour le simple citoyen canadien, cette assurance-invalidité complémentaire ne correspond pas du tout à ce qu'ils touchent. Je pense que de nombreux Canadiens ne comprennent pas vraiment la teneur du projet de loi. S'ils étaient mieux renseignés, si on ne donnait pas au projet de loi un sens aussi restrictif, je pense qu'ils s'y opposeraient davantage. C'est peut-être une bonne stratégie de la part des parlementaires de le présenter à un moment où les gens sont beaucoup plus préoccupés par, disons, le témoignage de M. Guité. Je trouve toutefois l'attitude des parlementaires injuste.

Vous avez posé une question au sujet du processus. La commission Lumley a présenté un bon rapport. Elle n'est pas allée assez loin pour ce qui est du régime de pension. Les parlementaires auraient intérêt à adopter la formule du régime enregistré d'épargne-retraite. Cela leur permettrait d'exercer un plus grand contrôle sur leur pension. Ils pourraient s'en servir à des fins médicales ou autres, et toucher plus ou moins d'argent. Le régime est transférable. Ils ne se sentiraient pas coincés — je ne dis pas que vous vous sentez coincés; vous êtes probablement satisfaits de votre travail — mais ce régime offrirait plus d'options, ce qui est une bonne chose.

Concernant les avantages, il faut plus de transparence pour ce qui est des prestations de départ et autres qui sont versées aux parlementaires et aux personnes faisant l'objet d'une nomination politique. Le principe, en ce qui concerne ce palier-ci de gouvernement et tous les autres, est très simple: si vous êtes un fonctionnaire, vous avez droit à une prestation de départ et, dans une certaine mesure, à des prestations d'invalidité à long terme.

someone who is elected and serves at the pleasure of the public, those benefits have to stop the day they cease to be in that position.

Although members get severance — and we will not argue tremendously about that — even that is a bit much. We have seen cases of elected and appointed members and committee members and various types of public appointees receiving huge and generous severance packages upon leaving. I cannot think of anything that raises the ire more of taxpayers than that.

It is important that parliamentarians and appointees know what the rules are when they come in so that when they leave they know they are not getting extension of benefits. They can then act accordingly and if they fear or have concern that they will be taken ill or have a disability, they can buy additional coverage or save money if coverage is not available to them in anticipation of that. That is what the rest of Canadian taxpayers do.

The process is good. I wish it were a RRSP system. If you could make that happen, that would be my request to you today. Some of these other issues are certainly for another day and another time. I am struck by the fact, as I said before, that parliamentarians have time to do this but they do not have time to deal with meaningful public policy issues, which is a shame.

**Senator Callbeck:** My question was on the process and you agree with the Lumley commission.

**Mr. Winchester:** Yes, it is a good process.

**Senator Cook:** We are talking about a person who becomes disabled and needs a quality of life that we all should have here in this great country. We are talking about a possible six years of employment. In proposing a RRSP regime, the amount that would accumulate in six years would be how much?

**Mr. Winchester:** In a RRSP?

**Senator Cook:** I know it depends on what you buy.

**Mr. Winchester:** I will look into my crystal ball and see where the financial markets will go. RRSPs are not perfect but they are good retirement vehicles.

**Senator Cook:** Are you saying it is possible to take you from the age 50 to the age 55? If there were something built in here today, we would not need to have this?

**Mr. Winchester:** It would depend on how much money an individual had in a RRSP. Remember some of that would be what a parliamentarian brought from before and other things such as inheritances and royalties. There can be any number of things one could bring in as supplementary income to put into an RRSP.

The real solution to this problem is less RRSP. Members should get a RRSP because it is in their best interests. They will have more as a result of a RRSP — particularly younger

Vous pouvez même y avoir droit avant même de prendre votre retraite. Toutefois, dans le cas des personnes qui font l'objet d'une nomination politique ou des représentants élus, ces prestations doivent cesser d'être versées le jour où ils quittent leur poste.

Les députés reçoivent une indemnité de départ — et nous ne nous attarderons pas là-dessus — mais je trouve que cela dépasse un peu les bornes. Il y a des représentants élus, des personnes nommées, des membres de comité, des personnes qui ont fait l'objet de nominations publiques qui reçoivent de généreuses indemnités de départ lorsqu'elles quittent leur poste, et il n'y a rien qui choque plus les contribuables.

Il est important que les parlementaires et les personnes nommées connaissent bien les règles à leur arrivé et qu'ils sachent, au moment de leur départ, qu'ils n'ont pas droit à d'autres avantages. Ils peuvent ensuite s'organiser en conséquence. S'ils craignent de tomber malades ou d'être frappés d'une invalidité, ils peuvent souscrire à une assurance complémentaire ou mettre de l'argent de côté s'ils n'ont pas droit à une couverture. C'est ce que font les autres contribuables canadiens.

Je pense que le processus est bon. J'aimerais qu'il prenne la forme d'un RÉER. C'est en fait ce que je vous demande aujourd'hui. Certaines questions peuvent être réglées plus tard. Je trouve toutefois étonnant, comme je l'ai déjà dit, que les parlementaires aient le temps de se pencher sur cette question, mais pas sur les véritables enjeux d'intérêt public qui nous intéressent. C'est déplorable.

**Le sénateur Callbeck:** Ma question portait sur le processus. Vous êtes d'accord avec la commission Lumley.

**M. Winchester:** Oui, c'est un bon processus.

**Le sénateur Cook:** Nous faisons référence à quelqu'un qui devient handicapé et qui a besoin d'une qualité de vie que nous devrions tous avoir dans ce grand pays. Nous parlons d'une possibilité de six années d'emploi. Avec un REER, le montant accumulé au bout de six ans serait de combien?

**M. Winchester:** Dans un REER?

**Le sénateur Cook:** Je sais que cela dépend de ce qu'on achète.

**M. Winchester:** C'est fonction de l'orientation que prendront les marchés financiers. Les REER ne sont pas parfaits, mais ils constituent un bon instrument d'épargne-retraite.

**Le sénateur Cook:** Êtes-vous en train de dire que c'est possible pour quelqu'un entre 50 et 55 ans? Si quelque chose était établi aujourd'hui, nous n'aurions pas besoin de ceci?

**M. Winchester:** Cela dépend du montant d'argent versé dans le REER. Rappelez-vous qu'une partie viendrait de ce qu'un parlementaire aurait accumulé précédemment et d'autres sources, comme des héritages ou des redevances. Il existe beaucoup de choses qu'on peut mettre dans un REER comme revenu supplémentaire.

La vraie solution à ce problème n'est pas tant le REER. Les députés doivent souscrire à ce type de régime parce que c'est dans leur intérêt. Un REER leur permettra de disposer de plus

members. It gives more freedom, which is a valuable intangible thing. The solution is to be found in a supplementary medical concern. It has to do with the medical savings account. It is a totally ally different topic and a totally different issue, but it is a darn shame that that is not what parliamentarians decided to set their attention on and make happen instead of this measure.

**The Deputy Chairman:** That is the completion of our questions. I would like to thank both Mr. Potvin and Mr. Winchester for a lively debate. You certainly made some excellent points on this particular piece of legislation.

I said at the last meetings that I felt that this had been rushed through the House of Commons with undue haste. I am really glad that we were able to have the benefit of your testimony today.

On behalf of my colleagues, I would like to thank you for appearing.

We will turn our attention to Bill S-17, to amend the Citizenship Act.

Our witnesses today are from the Department of Citizenship and Immigration Canada and from the Department of Justice.

We shall hear from Ms. Patricia Birkett next. Thank you very much for appearing to address this piece of legislation.

**Ms. Patricia Birkett, Acting Director General, Integration Branch, Citizenship and Immigration Canada:** As background to the motivation for Bill C-17, between January 1, 1947 and February 14, 1977 certain children who were under 21 years of age lost Canadian citizenship when their Canadian citizen responsible parent ceased to be a Canadian by becoming a citizen of another country. "Responsible parent" had a particular definition in the context of that law. It was usually the father for children born in wedlock and the mother for children born out of wedlock or if the mother was widowed or had legal custody of the child.

For those people who ceased to be Canadian citizens, our Citizenship Act today, which came into force in February 1977, provides for the resumption of Canadian citizenship by former Canadians. Persons who wish to resume being Canadian must become a permanent resident of Canada, must live in Canada for one year and must not be subject to certain prohibitions. In 2003, a public policy was implemented to make it easier for persons who lost their citizenship as minors to obtain permanent resident status in Canada, seeing as one of the requirements for resuming citizenship is to be a permanent resident.

Bill C-17 amends section 11 of the current Citizenship Act, which requires former Canadians to acquire permanent resident status and live in Canada for one year. It eliminates the requirement to become a permanent resident and live

d'argent — particulièrement s'ils sont jeunes. Il leur donnera aussi davantage de liberté, ce qui est un élément intangible, mais non négligeable. Il faut chercher la solution dans l'assurance-maladie complémentaire. Cela a à voir avec le compte d'épargne à usage médical. C'est un sujet totalement distinct et un problème complètement différent, mais il est vraiment regrettable que les parlementaires n'aient pas décidé de centrer leur attention là dessus au lieu d'opter pour cette mesure.

**La vice-présidente:** Nous n'avons plus de questions. J'aimerais vous remercier tous les deux, monsieur Potvin et monsieur Winchester, pour ce débat animé. Vous avez fait d'excellentes remarques sur cette mesure législative.

J'ai dit, lors de séances précédentes, que je considérais que ceci avait été adopté à toute vapeur par la Chambre des communes et que cette hâte n'était pas justifiée. Je suis vraiment contente que nous ayons pu entendre vos témoignages aujourd'hui.

Au nom de mes collègues, j'aimerais vous remercier d'avoir comparu.

Nous allons maintenant examiner le projet de loi S-17, loi modifiant la Loi sur la citoyenneté.

Nos témoins viennent du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration ainsi que du ministère de la Justice.

Je vais céder la parole à Mme Patricia Birkett. Je vous remercie beaucoup de comparaître devant nous dans le cadre de l'étude de ce projet de loi.

**Mme Patricia Birkett, directrice générale par intérim, Direction générale de l'intégration, ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration:** L'une des raisons d'être du projet de loi S-17 est qu'entre le 1<sup>er</sup> janvier 1947 et le 14 février 1977, certains mineurs de moins de 21 ans ont perdu la citoyenneté canadienne alors que leurs parents responsables, citoyens canadiens, ont cessé d'être Canadiens après avoir obtenu une autre nationalité. Le terme «parent responsable» avait une définition particulière dans le contexte de cette loi. Normalement, le parent responsable était le père des enfants nés dans les liens du mariage, la mère des enfants nés hors mariage, la mère veuve ou celle qui avait la garde légale des enfants.

La Loi sur la citoyenneté actuelle, entrée en vigueur en février 1977, prévoit que d'anciens Canadiens peuvent recouvrer la citoyenneté canadienne. Ceux qui le souhaitent doivent devenir résidents permanents, vivre au Canada pendant un an et ne pas être frappés de certaines interdictions. En 2003, on a mis en oeuvre une politique publique visant à faciliter l'octroi de la résidence permanente aux personnes ayant perdu leur citoyenneté lorsqu'elles étaient mineures puisque l'une des exigences pour recouvrer la citoyenneté canadienne est de devenir résident permanent.

Le projet de loi S-17 modifie l'article 11 de la Loi sur la citoyenneté actuelle, qui exige que les anciens Canadiens acquièrent le statut de résident permanent et vivent au pays pendant une année avant de recouvrer la citoyenneté canadienne.

here for one year, but only for persons who ceased to be Canadian when they were under 21 — when they were minors.

Stepping back, I would point out that the Immigration and Refugee Protection Act and the Citizenship Act work in conjunction when dealing with grants of citizenship, and this is a grant. Under the Immigration and Refugee Protection Act, anyone seeking to become a permanent resident has to meet the admissibility requirements. People who have any serious criminality, whether in Canada or some other country, or security problems, can be inadmissible.

The Citizenship Act, under which people apply to resume their citizenship, only deals with the prohibitions relating to criminal convictions in Canada, and these criminal prohibitions are not permanent. They only last for a limited time.

In matters of security, the Citizenship Act allows us to refuse citizenship for security reasons under process in section 20, but it is difficult to apply those kinds of provisions if the person was not living in Canada because the system works with the Security Intelligence Review Committee, et cetera, in regard to threats to Canada. The immigration approach with security is quite a bit broader than the Citizenship Act approach.

The consequences of Bill S-17 are such that it would give access to Canada to former Canadians who are now inadmissible for reasons of security or criminality. It also could provoke complaints by other former Canadians who had to go through the resumption process, including obtaining permanent residence and living here for one year.

I want to talk about the issue of statelessness. There has been a lot of publicity about the issue of loss of citizenship, and certain things that have appeared in the media are not quite accurate. The loss provisions of the 1947 act did not make people stateless. The provision under which people lost their citizenship provided that the person had to be a citizen of another country. In having that kind of a provision between 1947 and 1977, Canada did not violate any international obligations and did respect its obligations under the Convention on the Reduction of Statelessness.

On the topic of issues concerning women and children, in an effort to correct certain things that have appeared, the 1947 Citizenship Act did provide rights for women and children. In fact, the 1947 act corrected certain inequities with respect to women that had been created by British legislation, which applied to people in Canada before 1947 when we got our own citizenship act.

In respect of children, we have a court decision in the case of *Sieradzki v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*. In that, the court ruled that no discrimination occurred because a

Il propose d'éliminer l'exigence d'acquérir le statut de résident permanent et de vivre au Canada durant un an, mais seulement pour les personnes ayant perdu la citoyenneté canadienne lorsqu'elles étaient d'âge mineur.

Par ailleurs, j'aimerais signaler que la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés ainsi que la Loi sur la citoyenneté s'appliquent de concert lorsqu'il s'agit d'accorder la citoyenneté à quelqu'un. En vertu de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, quiconque souhaite obtenir la résidence permanente doit satisfaire aux critères d'admissibilité. Les personnes ayant commis des crimes graves, que ce soit au Canada ou à l'étranger, ou qui constituent un problème pour la sécurité, peuvent être jugées inadmissibles.

La Loi sur la citoyenneté, en vertu de laquelle les gens demandent à recouvrer leur citoyenneté canadienne, ne prévoit que les interdictions liées à des accusations criminelles au Canada, et ces interdictions ne sont pas permanentes. Elles ne s'appliquent que durant une période limitée.

En ce qui concerne la sécurité, la Loi sur la citoyenneté nous permet de refuser d'accorder la nationalité à un individu pour des raisons de sécurité en vertu de l'article 20, mais il est difficile d'appliquer ce type de dispositions si la personne n'a pas vécu au Canada car le système fonctionne en coopération avec le Comité de surveillance des activités de renseignement de sécurité, et cetera pour ce qui est des menaces à l'égard du Canada. L'approche de l'immigration en matière de sécurité est pas mal plus large que l'approche prévue dans la Loi sur la citoyenneté.

Les conséquences du projet de loi S-17 sont telles qu'elles permettraient de faire entrer au Canada des anciens Canadiens qui sont actuellement interdits de territoire pour des raisons de sécurité et de criminalité. En outre, d'autres anciens Canadiens pourraient se plaindre d'avoir eu à suivre tout le processus, dont l'obtention de la résidence permanente et l'obligation de vivre au Canada pendant un an.

J'aimerais maintenant vous entretenir du problème d'apatridie. On a beaucoup parlé de la question de la perte de citoyenneté, et certaines informations diffusées par les médias ne sont pas tout à fait exactes. Les dispositions sur la perte de citoyenneté contenues dans la loi de 1947 ne rendent pas les gens apatrides. Selon ces dispositions, les personnes qui ont perdu leur nationalité canadienne avaient acquis la citoyenneté d'un autre pays. Étant donné que le Canada appliquait ce type de dispositions entre 1947 et 1977, il n'a violé aucune de ses obligations internationales et il a respecté ses engagements conformément à la Convention sur la réduction des cas d'apatridie.

En ce qui concerne les femmes et les enfants, afin de régler certains problèmes qui sont apparus, la Loi sur la citoyenneté de 1947 a permis de corriger des inégalités engendrées par la législation britannique, qui était en vigueur avant que le Canada n'adopte sa propre loi en la matière.

Pour ce qui est des enfants, il existe une décision de justice, dans l'affaire *Sieradzki c. Canada (ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*. Dans ce cas, le tribunal a conclu qu'il n'y avait



parent made a decision for a minor child. Parents have to make a lot of decisions for children and some of those decisions do have long-term impacts, and it is not discriminatory for a parent to make a decision for a child.

There is a choice factor here. When those provisions discouraging double nationality or multiple nationality were in force in Canada, some people chose not to become nationals of other countries. By making the choice to remain Canadian, they had to forgo opportunities of employment and other benefits because they wanted to remain Canadian. It was their choice to remain Canadian or not.

I would like to put before you for consideration the public perception. Between 1947 and 1977, there were a variety of circumstances that led to a person losing Canadian citizenship. Today it is not the same. Today loss of citizenship occurs by voluntary renunciation, for a small number of people, and by revocation of citizenship for another very small number of people. I could add that people who fail to retain their citizenship in the second generation born abroad will also lose citizenship, but that is a technical point and applies only to people born abroad whose parents were also born abroad.

Under the Citizenship Act as it exists today, applications for resumption are evaluated consistently. No matter the circumstances that led to the loss, the resumption requirement in the Citizenship Act is the same.

Changes to the requirements for resuming citizenship that we could put into place now for some people who lost it under the former legislation may lead to a series of challenges from other groups who would consider that their situation was equally meritorious.

The appropriate remedies exist under the current law to resume citizenship for anyone who lost it. The permanent resident requirements are put there for reasons of program integrity. The public policy that was put into place for people who lost their citizenship when they were minors is very flexible, but it is under immigration public policy. Changes to the requirement for permanent residents could create other problems by attempting to undo the effect of past events.

**The Deputy Chairman:** Thank you very much.

**Senator Morin:** Can you elaborate on program integrity? Could you elaborate on the difficulties with this bill? I can see the advantages, but what are the difficulties? For example, you referred to program integrity. Are we referring to medicare and things like that?

**Ms. Birkett:** No. Program integrity in this context refers to people who have been living in other countries since they were children, have been convicted of crimes in those countries or

pas eu de discrimination parce qu'un parent avait pris une décision pour un enfant mineur. Les parents doivent prendre beaucoup de décisions concernant leurs enfants et certaines ont des conséquences à long terme; il n'est pas discriminatoire pour un parent de prendre une décision pour son enfant.

Il y a là un facteur de choix. Lorsque ces dispositions décourageant la double nationalité ou les nationalités multiples étaient en vigueur au Canada, certaines personnes ont préféré rester canadiennes. En faisant ce choix, elles ont dû renoncer à des possibilités d'emploi et à d'autres avantages pour justement conserver leur citoyenneté. Ces gens avaient le choix de demeurer Canadiens ou pas.

Je voudrais maintenant vous faire part de certaines considérations concernant la perception du public. Entre 1947 et 1977, divers facteurs entraînaient la perte de la citoyenneté canadienne. Aujourd'hui, la situation a changé. En effet, la perte de la citoyenneté ne survient qu'en cas de renonciation volontaire, pour un nombre limité de personnes, ou de révocation, qui s'applique là aussi à un très petit groupe d'individus. J'ajouterais que les personnes qui ne demandent pas à conserver leur citoyenneté pour la deuxième génération née à l'étranger perdront également leur citoyenneté canadienne, mais il s'agit là d'un point technique concernant uniquement les personnes nées à l'étranger de parents également nés à l'étranger.

En vertu de la Loi actuelle sur la citoyenneté, les demandes de réintégration sont toutes évaluées de la même façon. Peu importe quelles circonstances ont entraîné la perte de la citoyenneté, les exigences pour recouvrer la citoyenneté canadienne sont les mêmes en vertu de la loi.

Des changements apportés aux exigences relatives au recouvrement de la nationalité pour certaines personnes ayant perdu la citoyenneté canadienne en vertu de l'ancienne loi peuvent amener une série de réclamations d'autres groupes jugeant leur situation tout aussi méritoire.

Il existe des recours, en vertu de la loi actuelle, pour les personnes qui veulent recouvrer leur citoyenneté canadienne. Les exigences relatives à l'acquisition du statut de résident permanent ont été conservées pour assurer l'intégrité du programme. La politique publique mise en place pour les personnes ayant perdu la citoyenneté lorsqu'elles étaient mineures est très souple, mais il s'agit d'une politique d'immigration. Les changements apportés aux exigences applicables aux résidents permanents pourraient créer d'autres problèmes en voulant corriger des événements passés.

**La vice-présidente:** Je vous remercie beaucoup.

**Le sénateur Morin:** Pourriez-vous nous donner davantage de détails au sujet de l'intégrité du programme? Pourriez-vous nous expliquer les difficultés que présente ce projet de loi? Je peux en saisir les avantages, mais quels en sont les inconvénients? Par exemple, vous avez fait référence à l'intégrité du programme. Voulez-vous parler des soins de santé et d'autres choses du genre?

**Mme Birkett:** Non. Dans ce contexte, l'intégrité du programme concerne les personnes ayant vécu à l'étranger depuis leur enfance et qui y ont été reconnues coupables de crimes ou qui ont été

engaged in organized crime or other activities, and if they do not have to go through the immigration process because of this bill, they can come back to Canada as Canadians notwithstanding criminality or certain security problems in another country.

**Senator Morin:** As a Canadian, if I am convicted of a crime in another country, I can return to Canada as a Canadian?

**Ms. Birkett:** Yes.

**Senator Morin:** Even if I have been convicted of a crime outside?

**Ms. Birkett:** Yes. That is part of the right of being Canadian. This bill is referring to people who are not Canadian.

**Senator Morin:** They are not Canadians. It is not the same as abandoning their citizenship.

You said that other problems could be created in attempting to undo past events? What does that mean?

**Ms. Birkett:** That Citizenship Act was in place for 30 years, between 1947 and 1977. Many people have complied with the requirements for resumption. If, as of tomorrow, I say we are changing the rules for someone who lost way back in 1952, we are undoing the consequences of what happened in the past. Therefore, it has a retroactive application when it is played out. The other person, who had to go through that resumption process, including the permanent resident process, will probably challenge that.

Second, we have the public policy for the immigration program with respect to people who are in the situation of minors, but that public policy still allows us to look at the whole picture. Indeed, the humanitarian considerations under the immigration program allowed us to look at any former Canadian or any other person who has a case to be made that they should be allowed to come into Canada.

If we start making a law that changes things for certain categories, other categories of people will come forward and start challenge it.

**Senator Morin:** The dual citizenship issue does not play a role at all here. Has that changed? That people now have dual citizenship, does that play a role in the fact that there is a change in the legislation?

**Ms. Birkett:** Between 1947 and 1977, Canada had in place rules discouraging dual nationality. That was consistent with the way things worked out at that time, including in other countries and Canada had the same kind of approach. In 1977, when the present Citizenship Act came into force, the rules about discouraging dual nationality were dropped. People had a choice. Between 1947 and 1977, if they went somewhere else, they had to know that if they take out another nationality, they

impliquées dans des activités du crime organisé ou autres; si elles ne doivent pas passer par le processus d'immigration en vertu de ce projet de loi, elles peuvent rentrer au pays comme Canadiennes malgré leur passé criminel ou certaines menaces à la sécurité qu'elles posent dans d'autres pays.

**Le sénateur Morin:** Si, en tant que Canadien, je suis reconnu coupable d'un crime dans un autre pays, puis-je retourner au Canada comme Canadien?

**Mme Birkett:** Oui.

**Le sénateur Morin:** Même si j'ai été accusé d'un crime à l'étranger?

**Mme Birkett:** Oui. Cela fait partie du droit d'être Canadien. Ce projet de loi fait référence aux personnes qui n'ont pas la citoyenneté canadienne.

**Le sénateur Morin:** Ce ne sont pas des Canadiens. Ce n'est pas la même chose que d'abandonner sa citoyenneté.

Vous avez dit que certains éléments pourraient engendrer d'autres problèmes en essayant de corriger des événements survenus dans le passé, que voulez-vous dire?

**Mme Birkett:** Cette Loi sur la citoyenneté a été en vigueur pendant 30 ans, de 1947 à 1977. Beaucoup de personnes ont satisfait aux exigences permettant de recouvrer la citoyenneté. Si, demain matin, je disais à quelqu'un qui a perdu sa citoyenneté en 1952 que les règles du jeu ont changé pour lui, je laisserais de côté ce qui est arrivé dans le passé. Par conséquent, il y aurait une application rétroactive de la loi. Une autre personne, qui devrait passer par tout le processus pour recouvrer sa citoyenneté, y compris l'obligation d'obtenir la résidence permanente, pourrait contester cette décision.

Par ailleurs, nous avons adopté une politique publique pour le programme d'immigration à l'intention des mineurs, mais cette politique nous permet encore d'examiner la situation dans son ensemble. D'ailleurs, les considérations humanitaires en vertu du programme d'immigration nous ont permis d'étudier la situation d'anciens Canadiens ou d'autres pour lesquels il était justifié d'autoriser l'entrée au Canada.

Si nous commençons à faire des lois qui changent les choses pour certaines catégories d'individus, les autres s'en plaideront et les contesteront.

**Le sénateur Morin:** La question de la double citoyenneté ne joue absolument aucun rôle dans ce cas. Cela a-t-il changé? Cette modification de la loi aura-t-elle une incidence sur les personnes ayant la double nationalité?

**Mme Birkett:** Entre 1947 et 1977, le Canada a mis en place des règles décourageant la double citoyenneté. C'était conforme à la façon dont les choses fonctionnaient à l'époque, y compris dans d'autres pays, et le Canada avait adopté le même type d'approche. En 1977, lorsque l'actuelle Loi sur la citoyenneté est entrée en vigueur, les règles visant à décourager l'obtention de la double citoyenneté ont été abandonnées. Les gens avaient le choix. Entre 1947 et 1977, ils devaient savoir que s'ils obtenaient

would lose their Canadian citizenship. Since 1977, people know that taking out another nationality does not necessarily impact Canadian citizenship.

I say that with reserve; this is a complex issue. There are countries that if, for instance, if you want to take out their nationality. You have to renounce your Canadian citizenship and that still goes on. Some countries still have rules discouraging multiple nationality; we do not.

**Senator Keon:** I take it that you feel that this bill is best not passed, is that right?

**Ms. Birkett:** Yes, that is correct.

**Senator Keon:** If the bill were passed, how could it be amended to get around this business of non-Canadians citizens who are criminals being sorted out in some way so that they do not block access to people who are not criminals?

**Ms. Birkett:** I do not think there is an easy answer to that, senator. We would have to rethink the whole process. The way things work now is that the immigration process for people who are not Canadian serves to deal with those people whom we do not want to become Canadian while they are still not Canadian.

I do not think it is feasible to try and say that under the Citizenship Act we will start putting in a whole bunch of rules to cover that, but accept certain other people.

**Senator Keon:** Do you feel the process is fair now? Some people feel it is not, that they cannot get through the bureaucracy and so forth. Are you convinced it is fair if they persist?

**Ms. Birkett:** My notion of fair is that everyone is treated the same. In 2004, I am still answering people, saying here are the rules about resuming. I would like to continue having the same answer and not suddenly change and say, "Now we decided that even if you did something back in 1952 we have changed the rules." That is not fair. For me, "fair" means we have consistent rules and apply them the same way to everyone. Fairness in the sense of what is nice or kind is a different issue.

Under the immigration program, we always have a way to deal with people. In looking at their individual circumstances we say, "This does not work out well." I can give you an example. I have worked in both the citizenship and immigration programs over my career. Before 1977, I dealt with a middle-aged couple who came in. They were upset. They explained to me that their daughter had moved to Australia with her husband. At that time, they took out Australian citizenship, which meant they lost their Canadian citizenship and they knew that. They felt that they were remaking their life in Australia and that is the way they should do that. They had five children. Everything was going well. The husband was killed suddenly in an accident. This woman found herself in Australia with five children, all born there, not Canadian. The parents said, "We would really like our daughter to be able to come back to Canada." As an immigration officer, I

une autre nationalité, ils perdraient la citoyenneté canadienne. Depuis 1977, les gens savent qu'obtenir une autre nationalité n'a pas nécessairement d'incidence sur la citoyenneté canadienne.

Je dis cela sous toute réserve; c'est une question complexe. Il y a des pays, par exemple, où, si vous voulez adopter leur nationalité, vous devez renoncer à votre citoyenneté canadienne, et c'est encore le cas maintenant. Certains pays ont encore des règles pour décourager les nationalités multiples; pas nous.

**Le sénateur Keon:** À ce que je comprends, vous préféreriez que ce projet de loi ne soit pas adopté, n'est-ce pas?

**Mme Birkett:** Oui, c'est vrai.

**Le sénateur Keon:** Si le projet de loi est adopté, comment pourrait-il être modifié pour contourner ce problème des criminels qui ne sont pas Canadiens pour qu'en quelque sorte, ils ne bloquent pas l'accès aux gens qui ne sont pas des criminels?

**Mme Birkett:** Je ne pense pas qu'il y ait de réponse facile à cela, monsieur le sénateur. Nous devons effectivement repenser tout le processus. À la façon dont les choses fonctionnent maintenant, le processus d'immigration, pour les non-Canadiens, sert à empêcher des gens dont nous ne voulons pas d'obtenir la citoyenneté pendant qu'ils ne sont pas encore Canadiens.

Je ne pense pas qu'il soit faisable d'essayer de dire qu'en vertu de la Loi sur la citoyenneté, nous allons entreprendre d'imposer toute une gamme de règlements pour prévoir cela, mais accepter certaines autres personnes.

**Le sénateur Keon:** Est-ce que vous pensez que le processus actuel est équitable? D'après certains, il ne l'est pas, ils ne peuvent pas sortir du dédale de la bureaucratie, et tout le reste. Est-ce que vous êtes convaincue qu'il est équitable de le maintenir?

**Mme Birkett:** Pour moi, l'équité, c'est que tout le monde soit traité de la même manière. En 2004, je réponds encore à des gens en leur disant voici les règles pour retrouver la citoyenneté. J'aimerais pouvoir continuer de donner la même réponse et ne pas avoir soudainement à changer et à dire «Maintenant, nous avons décidé que même si vous avez fait quelque chose en 1952, nous avons changé les règles». Ce n'est pas juste. Pour moi, «juste» signifie que nous avons des règles uniformes qui s'appliquent de la même manière à tout le monde. L'équité dans le sens de ce qui est gentil ou compatissant, c'est autre chose.

Avec le programme d'immigration, nous avons toujours eu une certaine manière de traiter les gens. En regardant leur situation particulière, nous disons «Cela ne va pas». Je peux vous donner un exemple. J'ai travaillé, au cours de ma carrière, pour les programmes de citoyenneté et d'immigration. Avant 1977, j'ai eu affaire à un couple d'âge moyen. Ils étaient troublés. Ils m'ont expliqué que leur fille était allée vivre en Australie avec son époux. À l'époque, ils avaient adopté la citoyenneté australienne, ce qui signifiait qu'ils avaient perdu leur citoyenneté canadienne, en connaissance de cause. Ils voulaient refaire leur vie en Australie, et c'est ainsi qu'il fallait faire. Ils ont eu cinq enfants. Tout allait bien jusqu'à ce que le mari soit tué dans un accident. Cette femme s'est retrouvée en Australie avec ses cinq enfants, tous nés là-bas, pas des Canadiens. Les parents m'ont dit «Nous aimerions vraiment que notre fille puisse revenir au Canada». En tant

take an application, at those times we used to do a nominated relative form. On the back I write out this sad story to the visa officer saying, "You might want to look at this no matter what her qualifications are as an immigrant because this is a kind of humanitarian situation."

The parents never came back to see me. I was working in a very small office at that time. I strongly believe that if that had not worked, those people would have come to me. They knew that I was saying, "Okay, I can see where this needs to be looked at," in a generous and kind way.

Fairness means the same rules for everybody. The Immigration Act has the room for discretion on a case-by-case basis. The Citizenship Act is more cut and dry. You are either a Canadian or you are not a Canadian. That is it. It is not whether you deserve to be a Canadian, it is whether you are or are not in terms of nationality. It works better that way.

**Senator Keon:** To someone sitting opposite you who is trying to come in, you come across as a pretty tough lady. I am not sure if I agree with your definition of fairness. At times we have suffocating bureaucracy and that is completely unfair, regardless of what the rules are. Your presentation was excellent and I fully appreciate what you have to say.

I am inundated with doctors who want to become Canadian citizens but I cannot really say that I know of an individual case where someone has not been treated fairly. It seems awfully hard to get into this country when some of the people who are trying to get in could contribute significantly.

**Ms. Birkett:** It is hard to make decisions about individuals by rules, but if you do not have the rules, it is even worse trying to make decisions about individuals, because then it becomes really arbitrary. By nature, training and career I like a rule system that is out there and everyone knows what it is and we stick to it.

It is fairly easy to resume Canadian citizenship. What I perhaps did not mention in the requirements is that unlike other people they do not have the requirements of language, knowledge and so on. One year, that is a minimal commitment to Canada, and we give them back their citizenship.

We could spend time talking about the ins and outs of the immigration program, but that is not what I am here to talk about today.

**The Deputy Chairman:** I would like to ask a supplementary on this question of fairness. You are undoubtedly aware of the Supreme Court decision *Benner v. Canada* where the court found that the 1947 act blatantly violated the rights of children born abroad to Canadian women. They then put into effect rights so that the children, even though they were foreign-born of Canadian women, were allowed to return to Canada as Canadian citizens by simply petitioning the government.

qu'agente à l'immigration, j'ai consigné leur demande. À l'époque, nous utilisons une formule de parent nommé désigné. À l'endos, j'ai écrit cette triste histoire à l'agent des visas en disant «Peut-être pourriez-vous regarder ce cas-là, quelles que soient ses compétences en tant qu'immigrante, parce qu'il s'agit de compassion».

Les parents ne sont jamais revenus me voir. Je travaillais dans un très petit bureau à l'époque. Je suis convaincue que si cela n'avait pas fonctionné, ces gens-là seraient revenus me voir. Ils savaient que je disais «D'accord, je peux comprendre pourquoi cette situation est particulière», avec compassion et gentillesse.

L'équité, ça veut dire les mêmes règles pour tout le monde. La Loi sur l'immigration laisse la place à la discrétion, au cas par cas. La Loi sur la citoyenneté est plus stricte. On est Canadien ou on ne l'est pas. Un point c'est tout. Il n'est pas question de mériter d'être Canadien, mais de déterminer si on l'est ou pas, en termes de nationalité. C'est mieux ainsi.

**Le sénateur Keon:** Aux yeux de quelqu'un qui est assis en face de vous et qui essaie de se faire entendre, vous apparaissez comme quelqu'un d'assez dur. Je ne suis pas sûr d'être d'accord avec votre définition de l'équité. Parfois, notre bureaucratie est absolument suffocante, et tout à faire injuste, quelles que soient les règles. Votre exposé était excellent, et je comprends très bien ce que vous dites.

Je suis submergé de plaidoyers de médecins qui veulent devenir des citoyens canadiens, mais je ne peux pas vraiment dire que je connais un seul cas de quelqu'un qui n'ait pas été traité équitablement. Il apparaît terriblement difficile d'entrer dans ce pays pour des gens qui voudraient y entrer et y faire une importante contribution.

**Mme Birkett:** Il est difficile de prendre des décisions sur des gens d'après les règles, mais s'il n'y a pas ces règles, c'est encore pire d'essayer de prendre des décisions à propos de gens, parce que là, cela devient vraiment arbitraire. Par nature, par formation et par profession, j'aime un système de règlements bien établi, que tout le monde connaît et qu'on respecte au pied de la lettre.

Il est assez facile de reprendre la citoyenneté canadienne. Ce que je n'ai peut-être pas dit, dans les exigences, c'est qu'au contraire d'autres gens, ils n'ont pas à répondre aux exigences de langue, de connaissances et cetera. Une année, c'est un engagement minimum au Canada, et nous pouvons leur rendre leur citoyenneté.

Nous pourrions passer bien du temps à parler des aléas du programme d'immigration, mais ce n'est pas ce que je suis venue exposer ici, aujourd'hui.

**La vice-présidente:** J'aimerais poser une autre question, à ce sujet de l'équité. Vous êtes, sans aucun doute, au courant de la décision *Benner c. Canada*, de la Cour suprême, où la Cour a décrété que la loi de 1947 enfreignait de manière flagrante les droits des enfants nés à l'étranger de femmes canadiennes. Elle a donc reconnu des droits afin que les enfants, même s'ils étaient nés à l'étranger de femmes canadiennes, puissent retourner au Canada comme citoyens canadiens tout simplement en en faisant la demande au gouvernement.

In the name of fairness, then, how do you justify not giving the same treatment to children who were born in Canada? In the name of fairness, how can children born of Canadian mothers abroad be treated one way and yet children born in Canada, which this bill is trying to address, are treated a different way?

**Ms. Birkett:** The situation of *Benner* was that the law was declared unfair. It was declared unfair because at the time Mr. Benner said, "I would like to take advantage of a temporary clause that says children of women can now access citizenship." He was found to be criminally inadmissible. He argued that that was wrong because by requiring him to not be criminally inadmissible, he was being treated differently than the children of fathers. Seeing as he learned that he was being treated differently after the Charter came into force, it was found that the current act is unfair. Therefore, the paragraph under which the children of mothers can access citizenship has been reinterpreted. They do not have to pass through the prohibitions, criminality or take the oath.

The *Benner* decision was really talking about the present act. Whether the 1947 to 1977 legislation was fair by the standards we have in place today is probably a debatable issue. The 1947 act was a product of its time, so it contained all kind of notions that do not exist any more. That was all changed in 1977.

However, we cannot go backwards to undo what happened a long time ago. When faced with a meritorious case today, we can look at the merits of the case. We have all the tools in place to do that.

**The Deputy Chairman:** If a person needs to stay in Canada for a year before they can resume their citizenship, how do they get into the country and work to earn a living? What processes are in place now to allow them to get into the country in order to meet the one-year criterion?

**Ms. Birkett:** The person has to first become a permanent resident, which means that the person must apply for an immigrant visa and start living in Canada for one year. The public policy states that when we evaluate whether the person is admissible as an immigrant, we will take into account this humanitarian angle if it is someone who was a Canadian.

**The Deputy Chairman:** It is a tall order for someone to uproot and come live here as a permanent resident. These people are well into their adult years. It goes to Senator Keon's point; do you not think it is kind of overly bureaucratic?

**Ms. Birkett:** I do not. I think it is a process that is quite accessible. We are talking about people who have been living outside of Canada for at least 27 years. We are asking them to make this commitment to show that they are sincere and committed to Canada by coming back and living here for that minimal one-year period.

Au nom de l'équité, alors, comment pouvez-vous justifier de ne pas accorder le même traitement aux enfants qui sont nés au Canada? Au nom de l'équité, comment les enfants nés de mères canadiennes à l'étranger peuvent être traités d'une manière, alors que les enfants nés au Canada, et c'est l'objet de ce projet de loi, sont traités autrement?

**Mme Birkett:** Dans le cas de *Benner*, c'est la loi qui a été déclarée injuste. Elle a été déclarée injuste parce qu'à l'époque, M. Benner a dit «J'aimerais tirer parti d'une disposition temporaire qui dit que les enfants de femmes canadiennes peuvent maintenant avoir la citoyenneté». Il a été déclaré criminellement inadmissible. Il a soutenu que c'était injuste, parce qu'en exigeant qu'il ne soit pas criminellement inadmissible, on l'a traité de manière différente des enfants de parents canadiens. Voyant qu'il était traité autrement après l'entrée en vigueur de la Charte, on a décrété que la loi actuelle est injuste. Par conséquent, le paragraphe voulant que les enfants nés de mères canadiennes puissent obtenir la citoyenneté a été réinterprété. Ils n'ont pas à passer par les interdictions, les dispositions sur la criminalité, ni à être assermentés.

La décision *Benner* concernait réellement la loi actuelle. Que la loi de 1947 à 1977 ait été juste, selon les normes que nous appliquons aujourd'hui, est probablement une question à débattre. La loi de 1947 était un produit de son époque, et donc elle contenait toutes sortes de notions qui n'existent plus. Tout cela a changé en 1977.

Cependant, nous ne pouvons pas revenir et refaire ce qui est arrivé il y a très longtemps. Face à un cas valable en droit de nos jours, nous pouvons examiner les mérites du cas. Nous avons tous les outils qu'il faut pour cela.

**La vice-présidente:** Si quelqu'un a besoin de rester au Canada pendant un an avant de ravoir sa citoyenneté, comment peut-il entrer au pays et travailler pour gagner sa vie? Quels sont les processus en place maintenant pour lui permettre de vivre au pays de manière à respecter le critère d'un an?

**Mme Birkett:** La personne doit d'abord devenir résidente permanente, ce qui signifie qu'elle doit demander un visa d'immigrant et commencer par vivre au Canada pendant un an. Selon la politique officielle, lorsque nous évaluons l'admissibilité de la personne en tant qu'immigrant, nous devons prendre en compte cette perspective humanitaire si c'est quelqu'un qui a déjà été citoyen canadien.

**La vice-présidente:** C'est une oeuvre de taille pour quelqu'un de s'arracher de ses racines et venir vivre ici comme résident permanent. Ces gens-là sont des gens d'âge mûr. Cela revient à ce que disait le sénateur Keon; ne trouvez-vous pas que c'est excessivement bureaucratique?

**Mme Birkett:** Non, je ne le pense pas. Je pense que c'est un processus qui est tout à fait accessible. Il s'agit ici de gens qui ont vécu hors du Canada pendant au moins 27 ans. Nous leur demandons de démontrer leur engagement et leur sincérité à l'égard du Canada en y revenant et en vivant ici pendant cette période minimale d'un an.

**Senator Callbeck:** I want to get clear in my own mind what the situation is now and what it would be with this legislation. People who have lost their Canadian citizenship and want to get it back, under the present legislation, could be turned down for reasons of security or criminal offence?

**Ms. Birkett:** Yes.

**Senator Callbeck:** With this new legislation, those reasons would be eliminated?

**Ms. Birkett:** Yes, for those who were lost as minors. That is because people would no longer have to go through the immigration process. It is that process that has the fine filter on criminality and security.

**Senator Callbeck:** You say that in 2003 a public policy was implemented to make it easier for persons who lost their citizenship as minors to obtain permanent resident status in Canada. I would like to know what that policy is.

When I was an MP I dealt with a lot of people who found it difficult to get that Canadian citizenship. How was it eased in 2003?

**Ms. Birkett:** This was an immigration public policy, not a citizenship one as such, although it related to the circumstances under the Citizenship Act. There was a news release issued back in 2003 in respect of people who lost their citizenship as minors. I will quote what Minister Coderre said:

I have listened to the concerns of former Canadians ... and I'm willing to apply more lenient rules to these cases. ... To this end, I have asked my officials to ensure that these cases are dealt with as quickly as possible under Canada's current immigration and citizenship legislation. ... The normal selection criteria for permanent residence will be waived for these individuals. I have also instructed that an exemption from the medical inadmissibility requirement related to excessive demand on the health-care system be granted to these people.

Those are the two key elements that make it easier for people in this situation. First, they not expected to meet the immigration selection criteria — the point system, if you will. Second, the usual inadmissibility with respect to people who represent excessive demand on the social medical system is waived for those people. That is why I answered earlier that this really was not about medicare.

**Senator Callbeck:** Do you know how many people this might affect? Is it hundreds or thousands?

**Ms. Birkett:** We do not know how many moved and are living somewhere else since 1947 or even before. It is hard to say.

I do have some statistics here. In the past five years, 215 people have resumed citizenship. I cannot tell you how many lost it when they were minors. We know that those people who have a serious

**Le sénateur Callbeck:** Je voudrais tirer au clair ce qu'est la situation actuellement, et ce qu'elle serait avec cette loi. Les gens qui ont perdu leur citoyenneté canadienne et veulent la retrouver, en vertu de la loi actuelle, pourraient être refusés pour des raisons de sécurité ou d'infraction criminelle?

**Mme Birkett:** Oui.

**Le sénateur Callbeck:** Avec cette nouvelle loi, ces motifs seraient supprimés?

**Mme Birkett:** Oui, pour ceux qui ont perdu leur citoyenneté quand ils étaient mineurs. C'est parce que les gens n'auraient plus à passer par le processus d'immigration. C'est ce processus qui comporte le filtre de la criminalité et de la sécurité.

**Le sénateur Callbeck:** Vous dites qu'en 2003, une politique officielle est entrée en vigueur pour faciliter aux personnes qui ont perdu leur citoyenneté quand elles étaient mineures d'obtenir le statut de résident permanent au Canada. J'aimerais savoir ce qu'est cette politique.

Lorsque j'étais député, j'ai eu affaire à bien des gens qui trouvaient difficile d'obtenir cette citoyenneté canadienne. En quoi est-ce plus facile en 2003?

**Mme Birkett:** C'était une politique ministérielle d'immigration, pas de citoyenneté en tant que telle, bien qu'elle ait eu un lien avec les situations prévues dans la Loi sur la citoyenneté. Un communiqué de presse a été diffusé, en 2003, au sujet des personnes qui avaient perdu leur citoyenneté avant l'âge adulte. Je vais citer ce qu'a dit le ministre Coderre à l'occasion:

J'ai écouté les préoccupations d'anciens Canadiens [...] et j'ai la volonté d'appliquer des règles beaucoup moins rigides dans leurs cas [...] Pour ce faire, j'ai demandé aux responsables de s'assurer de traiter ces cas le plus rapidement possible en vertu des dispositions législatives en vigueur sur l'immigration et la citoyenneté. [...] Ces personnes seront exemptées des critères normaux de sélection pour la résidence permanente. [...] J'ai également demandé que ces personnes soient dispensées de l'exigence sur le fardeau excessif en matière de soins médicaux.

Ce sont là deux éléments clés qui facilitent la vie aux gens qui sont dans cette situation. Tout d'abord, on n'attend pas d'eux qu'ils répondent aux critères de sélection — le système de points, si l'on veut. Deuxièmement, ces gens ne peuvent être déclarés inadmissibles parce qu'ils présentent un fardeau excessif en matière de soins médicaux. C'est pourquoi j'ai répondu plus tôt que ceci n'est vraiment pas au sujet des soins médicaux.

**Le sénateur Callbeck:** Savez-vous combien de personnes cela pourrait toucher? Est-ce que c'est de l'ordre de centaines de milliers?

**Mme Birkett:** Nous ne savons pas combien ont déménagé ou sont allés vivre ailleurs depuis 1947, ou même avant. C'est difficile à dire.

J'ai cependant quelques statistiques, ici. Depuis cinq ans, 215 personnes ont repris leur citoyenneté. Je ne peux pas vous dire combien l'avaient perdue alors qu'elles étaient mineures.

intention to return and live here have been able to go through that process. The requirement is to come back. We do not know how many people are out there who have no interest in coming back or are perfectly happy under the conditions they are. I should say that most of the cases I have seen are people who had moved to the United States.

**Senator Fairbairn:** When you say that it is mostly in the United States, are there any records to indicate whether the people who are seeking to return are elderly people or people who are prompted for medical reasons to want to come back to Canada?

**Ms. Birkett:** No. By the numbers, they are inevitably people who lost citizenship before February 1977. Therefore the youngest of these people could only be 27 years old. They are certainly older than that. I do not like to speculate. It is anecdotal. I occasionally see a letter of information. They are people born in the 1930s who are seeking citizenship now. I cannot tell you whether they are returning for medical reasons.

**Senator Fairbairn:** What about the situation of people who have been abroad and, in the interim, have been convicted of crimes? Is there an open door for them to return?

**Ms. Birkett:** Are you referring to people who were formerly Canadian?

**Senator Fairbairn:** Yes.

**Ms. Birkett:** The door is not open for people to obtain a permanent resident's visa if they have been convicted of a serious crime. A crime such as shoplifting is a different matter; but when I say "crime," I am talking about acts equivalent to indictable offences listed in our Criminal Code.

**Senator Fairbairn:** That would come into play.

**Ms. Birkett:** Yes it would at this time, because the people have to go through the immigration process first.

**The Deputy Chairman:** You may not be familiar with the following case. I read a newspaper account of a teacher in Kelowna, British Columbia, Ms. Magali Castro-Gyr, who happens to be fluent in French, English and Spanish. According to the story, she has spent \$20,000 in legal fees to reclaim her stolen birthright. She was born in Montreal, a fourth-generation Canadian. Her father immigrated to Canada from France in 1952 and became a Canadian citizen in 1958. In 1968, he took a job in the United States on a green card and became a U.S. citizen in 1975 when Magali was 16 years old, at which point she ceased to be a Canadian citizen. She is quoted in the article as saying that as a minor, she was the property of her father and his act of obtaining American citizenship caused her to lose her Canadian citizenship. She says, "Today, I am being denied my right to preserve my birthright as a Canadian." The article states that, "ironically, in the year 2000, her father resumed his Canadian citizenship, but not Magali." Furthermore, she was able to sponsor her Swiss-born husband into Canada and he became a citizen. Today, he is a Canadian citizen but she is not.

Nous savons que les gens qui sont déterminés à revenir vivre ici ont pu passer ce processus. L'exigence, c'est de revenir. Nous ne savons pas combien vivent ailleurs, qui n'ont aucune intention de revenir vivre ici, ou qui sont parfaitement heureux là où ils vivent. Je devrais dire que la plupart des cas que j'ai vus sont ceux de gens qui étaient allés vivre aux États-Unis.

**Le sénateur Fairbairn:** Lorsque vous dites que c'est pour la plupart des gens qui sont allés vivre aux États-Unis, y a-t-il des registres où on peut savoir si les gens qui veulent revenir sont des personnes âgées, ou des personnes motivées par des besoins médicaux à revenir au Canada?

**Mme Birkett:** Non. Par les chiffres, on sait inévitablement que ce sont des gens qui ont perdu leur citoyenneté avant février 1977. Par conséquent, le plus jeune de ceux-là pourrait n'avoir que 27 ans. Ils sont probablement plus vieux que cela. Je n'aime pas faire d'hypothèse. C'est tout à fait anecdotique. Il m'arrive de voir des lettres d'information. Il y a des gens nés dans les années 30, qui veulent ravoir leur citoyenneté maintenant. Je ne peux pas vous dire s'ils reviennent pour des raisons médicales.

**Le sénateur Fairbairn:** Qu'en est-il des gens qui ont été à l'étranger et qui, entre-temps, ont été déclarés coupables de crimes? Y a-t-il une porte qui leur est ouverte pour revenir?

**Mme Birkett:** Est-ce que vous parlez de gens qui étaient Canadiens auparavant?

**Le sénateur Fairbairn:** Oui.

**Mme Birkett:** La porte n'est pas ouverte sur l'obtention d'un permis de résident permanent pour les gens qui ont été déclarés coupables de crimes graves. Pour un délit comme le vol à l'étalage, c'est autre chose; mais lorsque je dis «crime», je parle d'actes équivalant aux actes criminels prévus dans notre Code criminel.

**Le sénateur Fairbairn:** Cela pourrait entrer en ligne de compte.

**Mme Birkett:** Oui, c'est possible maintenant, parce que les gens doivent d'abord passer par le processus d'immigration.

**La vice-présidente:** Peut-être ne connaissez-vous pas le cas suivant. J'ai lu dans le journal l'histoire d'une enseignante de Kelowna, en Colombie-Britannique, Mme Magali Castro-Gyr, qui parle couramment le français, l'anglais et l'espagnol. D'après l'article, elle a dépensé 20 000 \$ en frais juridiques pour ravoir ses droits qui lui avaient été volés. Elle est née à Montréal, c'est une Canadienne de la quatrième génération. Son père a immigré au Canada de la France en 1952 et est devenu citoyen canadien en 1958. En 1968, il a pris un emploi aux États-Unis, avec la carte verte, et est devenu citoyen américain en 1975, alors que Magali avait 16 ans, et à ce moment-là elle a cessé d'être citoyenne canadienne. L'article la cite quand elle dit qu'en tant que mineure, elle était la propriété de son père et que le fait qu'il ait obtenu la citoyenneté américaine lui a fait perdre à elle la citoyenneté canadienne. Elle dit «Aujourd'hui, on me refuse mon droit de conserver ma nationalité canadienne». L'article dit que «ironiquement, en 2000, son père a retrouvé sa citoyenneté canadienne, mais pas Magali». De plus, elle a pu parrainer son mari, d'origine suisse, pour qu'il vienne au Canada, et il est devenu citoyen. Aujourd'hui, il est citoyen canadien, mais pas elle.

There might be circumstances in this particular case that you are not able to comment on but that is the kind of story that makes the national news and causes people to tear their hair out.

**Ms. Birkett:** You are aware that I cannot talk about the individual case and reveal any information. The complete story is never in the paper.

**The Deputy Chairman:** This particular story aside, when a Canadian citizen moves to the United States, takes out U.S. citizenship and then returns to Canada, does the child of that individual not have some rights? Obviously, the child is not even aware that citizenship is transferable with the parent.

Are you saying in your testimony that, as a general rule, normally this would not be a problem? If a person's citizenship is taken away without their knowledge by the fact that the parent had moved to the United States, and they follow the normal process, this would not have been a problem because Canadian citizenship had been established by right of birth in Canada?

**Ms. Birkett:** I have some question about the notion that people do not know. People who have been living in other countries for many years needed a travel document. If they thought they were Canadian, they had to apply for a Canadian passport. There are questions on the passport application that would have lead the passport office to refer that person to citizenship authorities who might decide that the individual is not Canadian.

I do not know how that happened and each case is different. When people say that they did not know, that is possible; and we occasionally run into such a situation. Suppose a person returned to Canada at the age of 22 with an old birth certificate in hand at the land border, went forward and said that they did not know.

Today, that person may come forward and says, "Oops, I am now 65 and I have been here for many years but I did not know that I had ceased to be Canadian." We have ways to deal with a person in such a circumstance. We have a policy in our books to deal with just such a case. We occasionally run into very strange stories. A person may have been born outside Canada and brought back as a babe in arms and the whole story was not told at the border. The person may learn the complete story many years later but we have plenty of ways to deal with those cases; and we do deal with them.

**The Deputy Chairman:** That was the intent of my question.

**Ms. Birkett:** Cases have been dealt with and successfully resolved, shall I say?

**The Deputy Chairman:** When Canadians now go to the United States and work on a green card, and eventually apply for and obtain U.S. citizenship, do they retain their Canadian citizenship?

**Ms. Birkett:** They do today because we no longer have the rules in place that say you cease to be Canadians.

Peut-être ne pouvez-vous pas commenter certains aspects de ce cas particulier, mais c'est le genre d'histoire qui fait les manchettes de journaux nationaux et qui font les gens s'arracher les cheveux.

**Mme Birkett:** Vous savez que je ne peux pas parler d'un cas particulier ni révéler aucune information. Les journaux ne disent jamais toute l'histoire.

**La vice-présidente:** Ce cas particulier à part, lorsqu'un citoyen canadien va vivre aux États-Unis, prend la citoyenneté américaine et retourne au Canada, est-ce que l'enfant de cette personne n'a pas quelque droit? De toute évidence, l'enfant n'est même pas conscient du fait que la citoyenneté est transférable avec le parent.

Est-ce que vous dites, dans votre témoignage, qu'en règle générale, normalement, ce ne serait pas un problème? Si la citoyenneté de quelqu'un lui est retirée à son insu parce son parent est allé vivre aux États-Unis, et si cette personne suit le processus normal, cela ne devrait pas poser de problème parce que la citoyenneté canadienne avait été établie par le droit de naissance au Canada?

**Mme Birkett:** Je me demande comment on peut ne pas savoir. Les gens qui vivent dans d'autres pays pendant de nombreuses années ont besoin d'un document de voyage. S'ils pensaient être Canadiens, ils devaient demander un passeport canadien. Il y a des questions, sur la demande de passeport, qui auraient amené le Bureau des passeports à signaler quelqu'un dans cette situation aux autorités de la Citoyenneté, qui peuvent décider que cette personne n'est pas canadienne.

Je ne sais pas comment cela a pu arriver, et chaque cas est différent de l'autre. Lorsque les gens disent qu'ils ne savaient pas, c'est une possibilité; et il arrive que nous voyions ce genre de situation. Supposez qu'une personne revenue au Canada à l'âge de 22 ans se présente à la frontière avec un vieux certificat de naissance en main; elle est passée et a affirmé ne pas savoir.

Aujourd'hui, cette personne pourrait venir et dire «Oops, j'ai maintenant 65 ans, je suis ici depuis de nombreuses années, mais je ne savais pas que je n'étais plus canadienne». Nous avons des moyens pour composer avec quelqu'un qui est dans cette situation. Nous avons une politique, dans nos livres, pour composer exactement avec ce genre de cas-là. Il nous arrive parfois d'entendre des histoires très bizarres. Quelqu'un peut être né hors du Canada, et arriver bébé au pays, dans les bras d'un parent, sans que tous les détails soient donnés au passage de la frontière. La personne pourrait apprendre toute l'histoire bien des années après, mais nous avons toutes sortes de moyens pour composer avec ces cas-là; et nous le faisons.

**La vice-présidente:** C'est l'objet de ma question.

**Mme Birkett:** Nous avons eu affaire à ces cas-là et ils ont été résolus. C'est ce que vous voulez entendre?

**La vice-présidente:** Lorsque des Canadiens vont maintenant aux États-Unis et travaillent avec la carte verte, et en fin de compte, ils demandent et obtiennent la citoyenneté américaine, est-ce qu'ils conservent leur citoyenneté canadienne?

**Mme Birkett:** Aujourd'hui, oui, parce que nous n'avons plus les règles voulant qu'on cesse d'être Canadien.



**The Deputy Chairman:** Do the Americans make that demand?

**Ms. Birkett:** The Americans are wonderful people — I am married to one — but they have some strange rules and the Oath of Citizenship in the United States is an oath of renunciation. It says, “I hereby renounce all my loyalty...” et cetera, et cetera.

**The Deputy Chairman:** We do not make it binding in Canada.

**Ms. Birkett:** No, but I have heard people say they did not know about taking that kind of oath. At least, they should have checked it out because that oath has been in place for a very long time.

Under American law, you cease to be American if you swear allegiance to another country. We know that people have challenged that in the United States courts and, depending upon the circumstances of your particular case, that rule might not apply. I am happy that we have, in my view, more transparent rules that are clear and readily available.

**The Deputy Chairman:** I am certain that many Canadians, because of their contributions to the Canada Pension Plan, would not appreciate becoming ineligible for their CPP benefits by retiring to the U.S. and losing their Canadian citizenship.

**Ms. Birkett:** Many of the social benefits are not based on citizenship but on contribution. Medicare is based on residency status. Many of the peripheral issues have nothing to do with citizenship. Rather they pertain to the tax rules, which are based on residency. I do not claim to be an expert on all of those rules.

**The Deputy Chairman:** At any rate, they would not affect one another.

**Ms. Birkett:** CPP benefits have nothing to do with citizenship.

**The Deputy Chairman:** On behalf of the committee, I would like to thank our witnesses for appearing and providing excellent testimony in respect of Bill S-17.

The committee adjourned.

**La vice-présidente:** Est-ce que les Américains l'exigent?

**Mme Birkett:** Les Américains sont des gens merveilleux — j'en ai épousé un — mais ils ont des drôles de règles et le serment de citoyenneté, aux États-Unis, est un serment de renonciation. Il dit: «I hereby renounce all my loyalty [...]» et cetera, et cetera.

**La vice-présidente:** Nous n'exigeons pas cela au Canada.

**Mme Birkett:** Non, mais j'ai entendu des gens dire qu'ils n'étaient pas au courant qu'ils devaient faire ce genre de serment. À tout le moins, ils auraient dû le vérifier parce que cette exigence est en vigueur depuis très longtemps.

Selon la loi américaine, vous cessez d'être Américain si vous prêtez serment d'allégeance à un autre pays. Nous savons que des gens l'ont contesté devant les tribunaux aux États-Unis et, dans des cas particuliers, cette règle pourrait ne pas s'appliquer. Je suis heureuse que nous ayons, selon moi, des règles plus transparentes, qui sont claires et facilement accessibles.

**La vice-présidente:** Je suis sûre que de nombreux Canadiens qui ont cotisé au Régime de pension du Canada n'apprécieraient pas de devenir inadmissibles à leurs prestations de retraite s'ils vont vivre aux États-Unis et qu'ils perdent leur citoyenneté canadienne.

**Mme Birkett:** Un grand nombre des prestations sociales ne dépendent pas de la citoyenneté, mais des cotisations. L'assurance maladie dépend de la situation de résidence. Bien des aspects auxiliaires n'ont rien à voir avec la citoyenneté. Ils concernent des règlements fiscaux, qui sont fondés sur la résidence. Je ne prétends pas être experte sur toutes ces règles.

**La vice-présidente:** Quoi qu'il en soit, elles n'auraient pas d'incidence l'une sur l'autre.

**Mme Birkett:** Les prestations du Régime de pension du Canada n'ont rien à voir avec la citoyenneté.

**La vice-présidente:** Au nom du comité, je tiens à remercier nos témoins d'être venus et d'avoir présenté un excellent témoignage au sujet du projet de loi C-7.

La séance est levée.



**Thursday, April 22, 2004**

*From Mercer Human Resource Consulting:*

Bernard Potvin, Principal.

*From the Canadian Taxpayers Federation:*

Bruce Winchester, Research Director.

*From Citizenship and Immigration Canada:*

Patricia Birkett, Acting Director General, Integration Branch.

*From the Department of Justice:*

Manon Lefebvre, Legal Counsel.

**Le jeudi 22 avril 2004**

*De Mercer consultation en ressources humaines:*

Bernard Potvin, conseiller principal.

*De la Fédération canadienne des contribuables:*

Bruce Winchester, directeur de recherche.

*Du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration:*

Patricia Birkett, directrice générale par intérim, Direction générale de l'intégration.

*Du ministère de la Justice:*

Manon Lefebvre, conseillère juridique.



*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

---

WITNESSES

**Tuesday, April 20, 2004**

*From the Government of Australia:*

Dermot Casey, Assistant Secretary, Health Priorities and Suicide Prevention Branch, Department of Health and Ageing (by videoconference);

Jenny Hefford, Assistant Secretary, Drug Strategy Branch, Department of Health and Ageing (by videoconference).

**Wednesday, April 21, 2004**

*From the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction:*

Richard Brière, Assistant Director.

*From the Douglas Hospital:*

Dr. Gustavo Turecki, Director, McGill Group for Suicide Studies, McGill University.

*From the Centre for Suicide Prevention:*

Diane Yackel, Executive Director.

*(Continued on previous page)*

TÉMOINS

**Le mardi 20 avril 2004**

*Du gouvernement de l'Australie:*

Dermot Casey, secrétaire adjoint, Direction des priorités sanitaires et de la prévention du suicide, ministère de la Santé et de la Vieillesse (par vidéoconférence);

Jenny Hefford, secrétaire adjointe, Direction de la stratégie contre la drogue, ministère de la Santé et de la Vieillesse (par vidéoconférence).

**Le mercredi 21 avril 2004**

*De l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies:*

Richard Brière, directeur adjoint.

*De l'Hôpital Douglas:*

Le Dr Gustavo Turecki, directeur, Groupe McGill d'études sur le suicide, Université McGill.

*Du Centre for Suicide Prevention:*

Diane Yackel, directrice exécutive.

*(Suite à la page précédente)*