



Third Session
Thirty-seventh Parliament, 2004

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

**Social Affairs,
Science
and Technology**

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, April 28, 2004
Thursday, April 29, 2004

Issue No. 7

Fifth and sixth meetings on:

Mental health and mental illness
and

Third and final meeting on:

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

and

Second meeting on:

Bill S-17, An Act to amend
the Citizenship Act

INCLUDING:

**THE FIFTH REPORT OF THE COMMITTEE
(Bill C-24)**

WITNESSES:

(See back cover)

Troisième session de la
trente-septième législature, 2004

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

**Affaires sociales,
des sciences
et de la technologie**

Président:

L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 28 avril 2004
Le jeudi 29 avril 2004

Fascicule n° 7

Cinquième et sixième réunions concernant:

La santé mentale et la maladie mentale
et

Troisième et dernière réunion concernant:

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

et

Deuxième réunion concernant:

Le projet de loi S-17, Loi modifiant
la Loi sur la citoyenneté

Y COMPRIS:

**LE CINQUIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Le projet de loi C-24)**

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. Forrestall	Léger * Lynch-Staunton (or Kinsella) Morin Robertson Roche
---	---

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

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

The name of the Honourable Senator Léger was substituted for that of the Honourable Senator Trenholme Counsell (*April 26, 2004*).

The name of the Honourable Senator Lynch-Staunton was substituted for that of the Honourable Senator Keon (*April 28, 2004*).

The name of the Honourable Senator Forrestall was substituted for that of the Honourable Senator Rossiter (*April 29, 2004*).

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

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

* Austin, c.p. (ou Rompkey, c.p.) Callbeck Cook Cordy Fairbairn, c.p. Forrestall	Léger * Lynch-Staunton (ou Kinsella) Morin Robertson Roche
--	---

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

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

Le nom de l'honorable sénateur Léger est substitué à celui de l'honorable sénateur Trenholme Counsell (*le 26 avril 2004*).

Le nom de l'honorable sénateur Lynch-Staunton est substitué à celui de l'honorable sénateur Keon (*le 28 avril 2004*).

Le nom de l'honorable sénateur Forrestall est substitué à celui de l'honorable sénateur Rossiter (*le 29 avril 2004*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, April 28, 2004
(14)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 4:15 p.m. in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Fairbairn P.C., Kirby, LeBreton, Léger, Lynch-Staunton and Morin (8).

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

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 Alberta Mental Health Board:

Ray Block, Chief Executive Officer;

Sandra Harrison, Executive Director, Planning, Advocacy & Liaison.

From the Nova Scotia Department of Health:

Dr. James Millar, Executive Director, Mental Health and Physician Services.

From the British Columbia Ministry of Health Services:

Irene Clarkson, Executive Director, Mental Health and Addictions.

Ray Block, James Millar and Irene Clarkson each made a presentation and answered questions with Sandra Harrison.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Monday, March 29, 2004, the committee continued its study on Bill C-24, An Act to amend the Parliament of Canada Act. (*For complete text of order of reference, see Proceedings of the Committee, Issue No. 5.*)

The Honourable Senator LeBreton moved, that the committee dispense with clause-by-clause consideration of Bill C-24, to amend the Parliament of Canada Act.

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

The Honourable Senator Fairbairn, P.C., moved that Bill C-24, An Act to amend the Parliament of Canada Act be reported to the Senate without amendment but with observations.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 28 avril 2004
(14)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 15, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Fairbairn, c.p., Kirby, LeBreton, Léger, Lynch-Staunton et Morin (8).

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

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le vendredi 13 février 2004, le comité poursuit son étude des 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. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 5 des Délibérations du comité.*)

TÉMOINS:

Du Alberta Mental Health Board:

Ray Block, directeur général.

Sandra Harrison, directrice, Planification, défense des droits et liaison.

Du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse:

Le Dr James Millar, directeur exécutif, Santé mentale et services aux médecins.

Du ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique:

Irene Clarkson, directrice exécutive, Santé mentale et toxicomanie.

Ray Block, James Millar et Irene Clarkson présentent chacun un exposé et répondent aux questions avec Sandra Harrison.

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

L'honorable sénateur LeBreton propose que le comité renonce à l'étude article par article du projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Fairbairn, c.p., propose que le projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada, soit renvoyé au Sénat sans amendement, mais avec des observations.

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

At 6:17 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, April 29, 2004
(15)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 11:07 a.m. in room 257, East Block, the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Fairbairn P.C., Forrestall, LeBreton, Léger and Morin (7).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Odette Madore, Timothy Riordan and Benjamin Dolin.

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 Correctional Service of Canada:

Larry Motiuk, Director General, Research;
Françoise Bouchard, Director General, Health Services.

From Simon Fraser University:

Margaret Jackson, Director, Institute for Studies in Criminal Justice Policy (by videoconference).

From Human Resources and Skills Development Canada:

Bill Cameron, Director General, National Secretariat on Homelessness;
Marie-Chantal Girard, Strategic Research Manager, National Secretariat on Homelessness.

As an individual:

Pat Capponi.

Pat Capponi, Françoise Bouchard, Larry Motiuk and Bill Cameron each made a presentation and answered questions with Marie-Chantal Girard.

La motion, mise aux voix, est adoptée avec dissidence.

À 18 h 17, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le jeudi 29 avril 2004
(15)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 07, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Fairbairn, c.p., Forrestall, LeBreton, Léger et Morin (7).

Également présents: Odette Madore, Timothy Riordan et Benjamin Dolin, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le vendredi 13 février 2004, le comité poursuit son étude sur les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système 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. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi se trouve dans le fascicule n° 5 des Délibérations du comité.*)

TÉMOINS:

Du Service correctionnel du Canada:

Larry Motiuk, directeur général, Recherche;
Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé.

De l'Université Simon Fraser:

Margaret Jackson, directrice, Institut d'études en politiques de justice pénale (par vidéoconférence).

De Ressources humaines et Développement des compétences Canada:

Bill Cameron, directeur général, Secrétariat national pour les sans-abri.
Marie-Chantal Girard, gestionnaire de la recherche stratégique, Secrétariat national pour les sans-abri.

À titre personnel:

Pat Capponi.

Pat Capponi, Françoise Bouchard, Larry Motiuk et Bill Cameron présentent chacun un exposé et répondent aux questions avec Marie-Chantal Girard.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, April 1, 2004, the Committee continued its study on Bill S-17, An Act to amend the Citizenship Act. (*For complete text of order of reference, see Proceedings of the Committee, Issue No. 6.*)

WITNESSES:

As individuals:

Don Chapman;

Charles Bosdet.

Charles Bosdet and Don Chapman each made a presentation and answered questions.

At 1:30 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} avril 2004, le comité poursuit son étude du projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi se trouve dans le fascicule n^o 6 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS:

À titre personnel:

Don Chapman;

Charles Bosdet.

Charles Bosdet et Don Chapman présentent chacun un exposé et répondent aux questions.

À 13 h 30, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,

Daniel Charbonneau

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Thursday, April 29, 2004

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

FIFTH REPORT

Your Committee, to which was referred Bill C-24, An Act to amend the Parliament of Canada Act, has, in obedience to the Order of Reference of Monday, March 29, 2004, examined the said Bill and now reports the same without amendment.

Your Committee appends to this report certain observations on the Bill.

Respectfully submitted,

Pour le président,

JOYCE FAIRBAIRN, P.C./c.p.

For the Chair

OBSERVATIONS

**to the Fifth Report
of the Standing Senate Committee on Social Affairs,
Science and Technology**

Bill C-24, An Act to amend the Parliament of Canada Act, is intended to allow retired parliamentarians aged between 50 and 55 to continue receiving health, dental and life insurance benefits, even though they are not entitled to their pension during that period as the Act specifies that MP pensions cannot be paid until the retiree has reached age 55.

To justify this amendment, it was argued before the Committee that the benefits for retired Parliamentarians are essentially identical to the benefits provided to retired public servants. In actual fact, public servants have an option to retire as early as age 50, suffering a penalty in the form of a reduced pension but continuing their benefit plan coverage. This option is not available to Parliamentarians due to the terms of the Members of Parliament Retiring Allowances Act.

Proponents of Bill C-24 suggest that it fills a gap in coverage and brings retirement benefits for Parliamentarians in line with those of public servants. Witnesses appearing before the Committee, however, disagreed. Individuals who have left the public service do not have the option of benefit plan coverage between the ages of 50 and 55 prior to receiving their pensions. In essence, it was argued that the government is legislating a double standard: one for former Parliamentarians and one for retired public servants. The Committee was also informed that the vast majority of private plans require that retirees be in receipt of their pension before any health or dental benefits become available.

RAPPORT DU COMITÉ

Le jeudi 29 avril 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

CINQUIÈME RAPPORT

Votre Comité, auquel a été déferé le Projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada, a, conformément à l'ordre de renvoi du lundi 29 mars 2004, étudié ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Votre Comité joint à ce rapport certaines observations au sujet du projet de loi.

Respectueusement soumis,

OBSERVATIONS

**concernant le Cinquième rapport
du Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie**

Le projet de loi C-24, Loi modifiant la Loi sur le Parlement du Canada, vise à permettre aux parlementaires retraités, âgés entre 50 et 55 ans, de continuer d'être admissibles aux régimes de soins de santé, de soins dentaires et d'assurance-vie même s'ils n'ont pas droit à leur pension durant cette période puisque la loi précise qu'ils ne peuvent toucher de prestations de retraite avant d'avoir atteint l'âge de 55 ans.

Pour justifier cet amendement, des témoins ont fait valoir au Comité que les prestations des parlementaires retraités sont à toutes fins utiles identiques à celles des fonctionnaires retraités. En fait, les fonctionnaires peuvent prendre leur retraite dès 50 ans sous réserve d'une pénalité, soit la réduction de leur pension, mais ils ne perdent pas pour autant leur droit au régime des prestations. Cette option n'est pas disponible aux parlementaires à cause du libellé de la Loi sur les allocations de retraite des parlementaires.

Les tenants du projet de loi C-24 affirment que celui-ci comble une lacune dans la couverture et qu'il harmonise les prestations des parlementaires avec celles des fonctionnaires. Or, certains témoins entendus par le Comité ont contesté cette affirmation. Les fonctionnaires qui quittent la fonction publique ne sont pas admissibles au régime des prestations entre 50 et 55 ans avant de toucher leur pension. Bref, on a soutenu que le gouvernement légifèrerait une double norme, une pour les anciens parlementaires et une autre pour les fonctionnaires retraités. Le Comité a également appris que la grande majorité des régimes privés exigent que les retraités touchent leur pension avant d'avoir droit aux prestations de soins de santé ou de soins dentaires.

The Committee understands that the impetus for this Bill lay in the circumstances of one particular Member of Parliament, but that others are also affected. While we are supportive of the specific case, the Committee does have concerns about the process followed; in particular, the use of legislation that amends legislation of general application and impacts a broad policy area, with little debate or public input, when other means may have been available to address an individual situation.

Unfortunately, the Bill's underlying objectives and overall impact were not addressed in any detail in the House of Commons, where it was passed pursuant to the terms of a House Order at all stages in less than one hour, with minimal debate and without committee review. At the very least, other non-legislative options should have been considered to accommodate a unique situation, such as an Order in Council or through internal administrative means. If there is a legislative oversight or gap, it ought to be addressed in the regular legislative course. The amendments contemplated in this Bill could be presented as part of omnibus legislation or in the context of future revisions to the Parliament of Canada Act, or to the Members of Parliament Retiring Allowances Act, thereby ensuring that they are analyzed and debated in a thorough manner with greater public participation and input.

The long-term ramifications of this bill are also unclear. Witnesses suggested that it might, for example, set a precedent that could impact future public service collective bargaining. The extension of these benefits to Parliamentarians could result in nearly half a million federal employees requesting similar pre-pension health and dental benefits.

The Committee is particularly concerned about public perception of legislation that is "fast-tracked," a concern that is amplified when a bill addresses compensation or benefits for Parliamentarians. It is even more troublesome in this instance, as we are asked to approve increased healthcare benefits for Parliamentarians at a time when broader public healthcare issues desperately need to be addressed by government. While such bills may be eminently defensible and necessary, we must be more sensitive to the added cynicism they may engender among Canadians.

The dilemma facing the Committee was that we sympathize with the situation of the individual retiring Parliamentarian, who wishes to have continuous coverage and appears to have been caught in an inadvertently created gap, but at the same time the Committee is concerned that this legislation appears to be providing Parliamentarians with benefits which are superior to those available to civil servants when that was not the stated intention.

Le Comité comprend que les origines du projet de loi résident dans les circonstances d'un député en particulier mais que d'autres sont également touchés. Tout en étant favorable au cas en question, le Comité s'inquiète du processus suivi, plus particulièrement de l'utilisation d'une mesure législative qui modifie une loi d'application générale et qui a des répercussions sur un vaste secteur de politique gouvernementale sans grand débat ni participation du public alors que le cas aurait sans doute pu être réglé autrement.

Malheureusement, les objectifs sous-jacents du projet de loi et son impact général n'ont pas été discutés à la Chambre des communes où il a été adopté en vertu d'un ordre de la Chambre après avoir franchi toutes les étapes en moins d'une heure sans grand débat et sans être étudié en Comité. On aurait pu à tout le moins examiner d'autres options non législatives afin de régler ce cas unique, par exemple un décret ou une procédure administrative interne. Si c'est une question d'omission ou de lacune législative, cette omission ou lacune devrait être examinée dans le cadre de la procédure législative habituelle. Les amendements envisagés dans ce projet de loi pourraient faire partie d'un projet de loi omnibus ou être présentés dans le cadre des révisions futures de la Loi sur le Parlement du Canada ou de la Loi sur les allocations de retraite des parlementaires, ce qui garantirait qu'ils seraient analysés et débattus à fond et que le public aurait son mot à dire.

De plus, les conséquences à long terme de ce projet de loi ne sont pas claires. Selon des témoins, il pourrait par exemple établir un précédent qui influencerait sur l'avenir des négociations collectives dans la fonction publique. L'octroi de ces prestations aux parlementaires pourrait amener un demi-million de fonctionnaires fédéraux à demander des prestations de soins de santé et de soins dentaires analogues avant de toucher leur pension.

Le Comité s'inquiète tout particulièrement de la perception chez la population d'un projet de loi adopté à la hâte, inquiétude qui est amplifiée par le fait que le projet de loi traite de rémunération ou de prestations pour les parlementaires. C'est d'autant plus inquiétant qu'on nous demande d'approuver des prestations de soins de santé plus élevées pour les parlementaires alors que le système de santé est aux prises avec de graves problèmes que le gouvernement doit résoudre de toute urgence. Alors que de tels projets de loi peuvent être défendables et nécessaires, nous devons être sensibles au cynisme accru qu'il peut engendrer chez les Canadiens.

Le dilemme du Comité est qu'il sympathise avec la situation du parlementaire qui se retire, qui désire continuer de se prévaloir des régimes et qui semble être victime d'une lacune créée par inadvertance. Il est toutefois préoccupé par le fait que cette mesure législative semble accorder aux parlementaires des avantages supérieurs à ceux auxquels ont droit les fonctionnaires alors que ce n'était pas là le but visé.

A better approach might have been to amend the Members of Parliament Retiring Allowances Act to permit former Parliamentarians to take a reduced pension prior to age 55 and receive plan coverage, making the system and choices more comparable to those available to former civil servants.

That was not an option open to the Committee, but is one, which we suggest for future consideration.

Une meilleure approche aurait peut-être été de modifier la Loi sur les allocations de retraite des parlementaires afin de permettre aux anciens parlementaires de toucher une pension moindre jusqu'à l'âge de 55 ans et de se prévaloir des régimes de telle sorte que le système et les choix auraient été davantage comparables à ceux des anciens fonctionnaires.

Ce n'était pas une option que le Comité pouvait envisager, mais il serait bon qu'elle le soit à l'avenir.

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, April 28, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:15 p.m. to study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

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

[*English*]

The Chairman: Senators, we have with us today representatives of three provinces, Alberta, British Columbia, and Nova Scotia. Thank you all very much for coming from the far ends of the country.

As you know, we have been doing a study on mental health sort of as a sequel, but not quite, to our other study. It is a sequel in the sense that we are focusing on a specific part of the health care system rather than the broad acute care system, which we did before. It is not a sequel in the sense that the problems and the delivery system are clearly different. The piece of work stands on its own.

Our schedule keeps getting interrupted by things like Parliament being prorogued and in a couple of weeks, presumably, Parliament being dissolved. Nonetheless, we soldier on through these changes in the schedule.

Our plan is as follows: We will issue an options paper that will outline the issues and dealing with them as we see it. We will issue that late this year before we adjourn for Christmas. During the first six months of next year, we will do a series of cross-country hearings to get reaction to the various options. Therefore, we will be back to see you on your home turf because we will visit every province while we do that. After that we will issue a final set of recommendations in the fall of 2005.

We are delighted you took the time to come talk to us today because you are the people responsible in many ways for delivering those mental health services that are technically part of the Canada Health Act and overseeing other services that are not technically part of the Canada Health Act, and which are funded by public funding, NGOs and others.

Clearly, one of the issues we have been struggling with is how the system ought to be structured. If one were to set out to design a health care system in Canada from scratch today, one would not produce a system in which only hospitals and doctors are funded at 100 per cent. There would be different delivery system with people at one end of the income scale paying nothing and people at the other end paying something.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 28 avril 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 15, dans le but d'examiner 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.

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

[*Traduction*]

Le président: Sénateurs, nous accueillons aujourd'hui des représentants des provinces de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse. Merci à tous d'être venus de si loin.

Comme vous le savez, nous sommes en train d'examiner les soins de santé mentale. Cette analyse fait suite, dans une certaine mesure, à l'étude que nous avons déjà réalisée, sauf qu'elle porte sur un aspect précis du système de soins de santé, et non sur l'ensemble des soins actifs, sujet que nous avons déjà exploré. Les problèmes qui existent dans ce domaine et les services offerts sont très différents. Il s'agit donc d'une étude distincte.

Notre horaire est souvent perturbé. Par exemple, le Parlement a été prorogé et, dans quelques semaines, il sera vraisemblablement dissout. Mais nous poursuivons notre travail malgré tout.

Notre plan est le suivant: nous allons préparer un document de discussion sur les problèmes et les solutions possibles, document que nous allons déposer à la fin de l'année, avant le congé de Noël. Au cours des six premiers mois de 2005, nous allons tenir des audiences à l'échelle du pays sur les diverses options proposées. Nous allons donc vous revoir sur votre propre terrain, parce que nous comptons nous rendre dans chacune des provinces. Nous déposerons ensuite nos recommandations finales à l'automne 2005.

Nous sommes heureux que vous ayez pris le temps de venir nous rencontrer, aujourd'hui. Vous êtes chargés, à bien des égards, d'assurer la prestation des soins de santé mentale prévus, en principe, par la Loi canadienne sur la santé, et des services qui, théoriquement, ne sont pas visés par la loi, mais qui sont financés par les deniers publics, les ONG et autres intervenants.

Ce qui nous préoccupe, entre autres, c'est la structure du système. Si nous devions, aujourd'hui, reprendre tout à zéro, nous ne proposerions pas un système de soins de santé où seuls les hôpitaux et les médecins bénéficient d'un financement total. Nous aurions un système de prestation différent, où les personnes à une extrémité de l'échelle de revenus ne paieraient rien, et les personnes à l'autre extrémité de l'échelle paieraient quelque chose.

The reality is that we are where we are. The question is how do you change the system to deal with the kinds of things that you people see on the ground. We are delighted to have your input, and we will be back to get more input from you in the first quarter of next year.

As I understand it, we will begin with Ray Block, CEO of the Alberta Mental Health Board. He has with him Sandra Harrison, an executive director with the Alberta Mental Health Board. We will then turn to Dr. Jim Millar, Executive Director of the Mental Health and Physician Services for the Nova Scotia Department of Health. Irene Clarkson is the Executive Director of Mental Health and Addictions from the British Columbia Ministry of Health.

Thank you all for coming. Mr. Block you will begin and then we will continue with the others on the panel.

Mr. Ray Block, Chief Executive Officer, Alberta Mental Health Board: Thank you. I understand all of you have copies of my materials so I will be skipping a long at a fairly high pace. I will not cover everything in the material.

The Alberta Mental Health Board is honoured to have this opportunity to present to the standing committee. The board is one of 11 health authorities established by the Alberta Ministry of Health and Wellness. There are nine regional health authorities and two provincial bodies — the Alberta Cancer Board and the Alberta Mental Health Board. The ministry also has established the Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission. The Alberta Mental Health Board, to which I will refer from here on as the AMHB, services our jurisdictional responsibility.

The AMHB is the provincial regional health authority that has been designated by minister to play an important advisory role for mental health reform. The Alberta Mental Health Board is working closely with the Mental Health Patient Advocate of Alberta to enhance advocacy for mental health in the province.

Like all jurisdictions, Alberta is undertaking health reform. On January 8, 2002, the Premier's Advisory Council on Health released its report, the Mazankowski report, on how to put Alberta's health care system on a sustainable foundation. The report recommended that mental health services be fully integrated into regional health service authorities.

The Minister of Health and Wellness, the Honourable Gary Mar, accepted the recommendations and directed that mental health services be integrated with regional health services by the end of March 2003. The minister showed tremendous foresight and commitment in making mental health a priority. He directed that a plan for future direction in the mental health system be developed collaboratively by authorities and in partnership with

Voilà où nous en sommes. La question est de savoir comment changer le système et composer avec les situations auxquelles vous êtes confrontées sur le terrain. Nous sommes heureux d'entendre vos vues sur la question. Nous aurons l'occasion d'en apprendre plus quand nous vous rendrons visite au début des trois premiers mois de 2005.

Si j'ai bien compris, nous allons d'abord entendre M. Ray Block, directeur général du Alberta Mental Health Board. Il est accompagné de Mme Sandra Harrison, qui est une directrice exécutive du Alberta Mental Health Board. Nous allons ensuite entendre M. Jim Millar, directeur exécutif des services de santé mentale et des services fournis par les médecins auprès du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Mme Irene Clarkson est la directrice exécutive de la santé mentale et de la toxicomanie auprès du ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique.

Merci d'être venus nous rencontrer. Monsieur Block, vous pouvez commencer. Nous entendrons ensuite les autres témoins.

M. Ray Block, directeur général, Alberta Mental Health Board: Merci. Je crois comprendre que vous avez tous reçu un exemplaire du document que j'ai préparé. Je vais le passer en revue assez rapidement. Je n'aborderai pas tous les points qui y sont exposés.

L'Alberta Mental Health Board est heureux d'avoir l'occasion de comparaître devant le comité permanent. Le conseil fait partie des 11 régions régionales de la santé établies par le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta. Il y a neuf régions régionales de la santé et deux organismes provinciaux — l'Alberta Cancer Board et l'Alberta Mental Health Board. Le ministère a également mis sur pied l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission. L'Alberta Mental Health Board, que je désignerai sous le sigle AMHB, dessert notre territoire.

L'AMHB est l'autorité provinciale des services de santé qui a été chargée, par le ministre, de fournir des conseils en matière de réforme des soins de santé mentale. L'Alberta Mental Health Board travaille en étroite collaboration avec le défenseur de l'Alberta des personnes atteintes de troubles mentaux en vue d'améliorer les droits en matière de santé mentale dans la province.

Comme tous les territoires de compétence, l'Alberta entreprend une réforme des soins de santé. Le 8 janvier 2002, le conseil consultatif sur la santé du premier ministre albertain a publié un rapport, le rapport Mazankowski, sur la mise en place d'assises durables pour le système de soins de santé de la province. Le rapport recommandait que les services de soins de santé mentale soient complètement intégrés aux services des régions régionales de la santé.

Le ministre de la Santé et du Bien-être, l'honorable Gary Mar, a accepté cette recommandation et demandé que les services de soins de santé mentale soient intégrés à la fin de mars 2003 au plus tard. Le ministre a fait preuve d'une grande prévoyance et de détermination en faisant de la santé mentale l'une de ses priorités. Il a ordonné qu'un plan définissant l'orientation future du régime de soins de santé mental soit élaboré de concert avec les régions de

the ministry. He asked that an inclusive process be used and that the plan build on past reports and link with other government initiatives.

I am pleased to report that the mental health services were successfully transferred from the AMHB to regional health authorities effective April 1, 2003. Health authorities have also collaboratively developed a comprehensive provincial mental health plan that sets the direction for improving mental health and mental health services across the province.

While health authorities are very excited by the potential implications of the plan, it is important to stress that together we are just embarking on this plan and much work remains to be done. The plan was tabled with the Minister of Health and Wellness last Friday. We will be happy to ensure that you receive a copy once the minister has reviewed it.

It is very important to understand that “Advancing the Mental Health Agenda: A Provincial Mental Health Plan for Alberta,” is the plan of the health authorities collectively. It was developed by a steering committee comprising representatives from each of the health authorities, the ministry, the Alberta Psychiatric Association, the Alberta Medical Association and the Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health. It is based on our experience, best practice and the input from more than 1000 Albertans through a consultation process.

It is anticipated that the consortium — the AMHB, regional health authorities, professional associations and stakeholders — will begin work on a process for advancing, tracking and reporting progress. The authorities are looking forward to sharing progress with Albertans as we incorporate the mental health plan within the regional health authorities’ overall health plans.

What do we mean by mental health? It is critical to understand that mental health is more than the absence of mental illness or disorder. The determinants of health influence the optimal development of children, youth, families, and communities. Mental health and well-being is profoundly affected by a range of factors including income, social status, housing, physical environment, social support networks, educational levels, and employment circumstances.

Under the heading “The Need for Action,” I have included statistics on mental health services and needs. However, in the interest of time, I will not recite them in my oral presentation.

There are many critics of mental health. The AMHB is very mindful of these criticisms and supports the provincial mental health plan as a framework for reform. Let me say that with successful implementation of the provincial mental health plan, the AMHB envisions a future wherein stakeholders join forces to battle mental health openly and in public — a future where science comes to the table, where advocates and caregivers speak

la santé et en partenariat avec le ministère. Il a demandé qu’on ait recours à un processus concerté et que le plan, en plus de s’inspirer des rapports antérieurs, soit lié à d’autres initiatives gouvernementales.

Il me fait plaisir d’annoncer que les services de santé mentale ont été transférés, avec succès, de l’Alberta Mental Health Board aux régies régionales de la santé le 1^{er} avril 2003. Les régies de la santé ont également élaboré, ensemble, un plan provincial exhaustif sur la santé mentale dont l’objectif est d’améliorer la santé mentale et les services de soins de santé mentale dans la province.

Bien que les régies de la santé se réjouissent des répercussions potentielles du plan, il est important de souligner que nous venons à peine d’amorcer ce plan et qu’il reste beaucoup de travail à accomplir. Le plan vient juste d’être présenté au ministre de la Santé et du Bien-être. Nous accepterons volontiers de vous en faire parvenir un exemplaire, une fois que le ministre l’aura examiné.

Il est très important de comprendre que le document «Advancing the Mental Health Agenda: A Provincial Mental Health Plan for Alberta» est un plan mis au point par l’ensemble des régies de la santé. Il a été élaboré par un comité consultatif formé de représentants de chacune des régies de la santé, du ministère, de l’Alberta Psychiatric Association, de l’Alberta Medical Association, et de l’Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health. Ce plan se fonde sur notre expérience, les meilleures pratiques et les observations formulées par plus de 1 000 Albertains lors d’un processus de consultation.

Le groupe — formé par l’AMHB, les régies régionales de la santé, les associations professionnelles et les intéressés — prévoit amorcer ses travaux en vue de faire avancer le dossier, suivre son évolution et faire état des progrès réalisés. Les régies comptent bien partager ceux-ci avec les Albertains, au fur et à mesure que le plan en matière de santé mentale est incorporé à l’ensemble des plans des régies régionales de la santé.

Que voulons-nous dire par santé mentale? Il faut comprendre que la santé mentale est plus que l’absence d’un trouble mental ou d’une maladie mentale. Les déterminants de la santé ont une incidence sur le développement optimal des enfants, des jeunes, des familles et des collectivités. La santé mentale et le bien-être sont affectés profondément par une gamme de facteurs dont le revenu, le statut social, le logement, l’environnement physique, les réseaux de soutien social, le niveau d’instruction et les circonstances d’emploi.

Vous trouverez, sous la rubrique «La nécessité de passer à l’action», des statistiques sur les services et les besoins en matière de santé mentale. Je ne les passerai pas en revue, et ce, pour ne pas perdre trop de temps.

Les soins de santé mentale font l’objet de nombreuses critiques. L’AMHB est très conscient de ces critiques et appuie le plan provincial sur la santé mentale comme cadre de réforme. Advenant la mise en oeuvre réussie du plan provincial sur la santé mentale, l’AMHB entrevoit un avenir où les intéressés unissent leurs efforts pour lutter contre la maladie mentale ouvertement et en public — un avenir où la science est admise à la

collectively not only of stigma, but of the need to eliminate systemic discrimination. We envision a system where we work together toward recovery rather than accepting lifelong disability as inevitable for those with health disorders. The AMHB envisions quality in the lives of those who must learn to live with mental health problems. We envision playing a key role in promoting and realizing respect and support, and a system wherein stakeholders learn from survivors and their families. We want a system that celebrates caregivers as heroes.

The AMHB sees an enriched mental health system that brings hope to consumers and their families, that educates the public and infuses clients and service providers with care and support. We see partners building resiliency and intervening early when they recognize signs that someone may be ill. The AMHB envisions a system that has successfully reframed mental illness as a public health issue worthy of support and investment.

Reports indicate that equitable and timely access to a range of quality services is the number one priority for consumers. Consumers and advocates indicated they want better outcomes for all Albertans, but they most often mentioned the urgent needs of children, youth and Aboriginal communities.

In respect of the scope of services, Alberta is proud of its work in mental health. In 2002, the Canadian Council on Health Services Accreditation granted the AMHB a full three-year accreditation. This was the first time a province-wide accreditation survey was undertaken in Canada. It was also the first time tele-mental health video conferencing technology was used for these purposes. In the accreditation report, the Canadian Council on Health Services, CCHSA, recognized the AMHB's numerous achievements and referenced 10 good practices that contribute to the field of mental health care.

With the handoff of services to regional health authorities, a framework for mental health services was developed. Service components included in the provincial mental health plan are based on the Alberta Children and Youth Initiative Mental Health Policy Framework. The framework is relevant for all the population; it identifies three strategic directions, supported by effective collaboration across the full range of service providers. They are: support and treatment, risk reduction, and capacity building. Under these three strategic directions, the scope of 10 distinct services are listed for your review.

The provincial mental health plan calls for service delivery models that reflect a strong, integrated case/care management orientation. This approach will strengthen the alignment of mental health planning and link primary care with other service

table, où les défenseurs des droits et les soignants parlent ensemble non seulement des marques laissées par la maladie, mais du besoin d'éliminer la discrimination systémique. Nous envisageons un système où nous veillons, ensemble, au rétablissement des personnes qui souffrent de troubles mentaux plutôt que d'accepter le fait qu'une incapacité est permanente. L'AMHB entrevoit une amélioration de la qualité de vie de ceux qui doivent apprendre à vivre avec des problèmes de santé mentale. Nous comptons encourager et favoriser le respect et le soutien. Nous voulons un système où les intéressés tirent des leçons des expériences vécues par les victimes et leurs familles. Nous voulons un système qui traite les soignants comme des héros.

Essentiellement, l'AMHB voit un système de soins de santé mentale enrichi qui apporte de l'espoir aux clients et à leurs familles, qui sensibilise le public et offre aux clients et aux fournisseurs de services un soutien et une aide. Nous voyons des partenaires qui renforcent le ressort psychologique et qui interviennent tôt lorsqu'ils reconnaissent chez quelqu'un des signes de maladie. L'AMHB voit un système qui a réussi à faire de la maladie mentale une question d'intérêt public qui mérite un soutien et des investissements.

Les rapports indiquent qu'un accès juste et rapide à une gamme de services de qualité est la principale priorité pour les clients. Les clients et les défenseurs des droits ont indiqué qu'ils veulent de meilleurs résultats pour tous les Albertains. Ils ont surtout mentionné les besoins urgents des enfants, des jeunes et des collectivités autochtones.

Pour ce qui est de l'étendue des services, l'Alberta est fière du travail qu'elle a accompli dans le domaine de la santé mentale. En 2002, le Conseil canadien d'agrément des services de santé a accordé à l'AMHB une accréditation de trois ans. Pour la première fois, une visite d'agrément à l'échelle d'une province a été entreprise au Canada. Pour la première fois également, on a eu recours à cette fin à des services de télésanté mentale dispensés par vidéoconférence. Dans le rapport d'agrément, le Conseil canadien d'agrément des services de santé, le CCASS, a reconnu les nombreuses réalisations de l'AMHB et défini les dix bonnes pratiques qui contribuent aux soins de santé mentale.

Par suite du transfert des services aux régies régionales de la santé, un cadre pour les services de santé mentale a été élaboré. Les services inclus dans le plan provincial sur la santé mentale s'inspirent du «Alberta Children and Youth Initiative Mental Health Policy Framework». Le cadre vise l'ensemble de la population et expose trois orientations stratégiques, qui s'appuient sur la collaboration efficace de toute une gamme de fournisseurs de services. Ces orientations sont les suivantes: soutien et traitement, diminution des risques et renforcement de la capacité. Dix services distincts sont visés par ces trois orientations stratégiques. Ils sont énumérés dans le texte, pour votre information.

Le plan provincial en matière de santé mentale prévoit des modèles de prestation de services qui préconisent une gestion intégrée des soins et des cas. Cette approche permettra d'harmoniser la planification des soins de santé mentale et de

providers. Finding entrance to, and making smooth transitions into mental health and other support systems should not be a puzzle for clients to solve. Case management also needs to be considered at a cross-jurisdictional level.

In respect of funding, approximately \$472 million was budgeted on mental health services in Alberta in 2002. This amount does not reflect all expenditures related to mental health services. One of the challenges we face is the dearth of comprehensive and comparable data on cost and spending for mental health services across Canada. There is a need for improved administrative data for our own planning purposes.

Work is needed on a comprehensive workforce plan that meets the needs of mental health consumers, employers and the education community.

Excellence in mental health services depends on research that informs and guides decisions, helps set policies and priorities, improves outcomes for consumers, and supports ongoing innovation. The AMHB is prepared and has a capacity to play a significant role to collaborate and facilitate the development of a pan-Canadian approach for establishing a renewed Canada mental health research agenda.

In respect of accountability, the process we use in Alberta to develop the mental health plan has been well received. At the recommendation of the Aboriginal consultants and the Alberta Mental Health Board Wisdom Committee, the steering committee has addressed Aboriginal issues throughout the plan rather than establishing a separate Aboriginal mental health strategy. Federal strategies for Aboriginal mental health on reserves should harmonize with the mental health plan and implementation strategies.

The development of cross-regional, provincial and coordinated pan-Canadian processes for facilitating the gathering, exchange and analysis of information is also needed.

In summary, Mr. Chairman, we believe that strategies that build capacity, reduce risks and provide treatment and support will help Canadians realize optimal mental health. Mental health issues should be viewed through a population health lens. Increased funding is required for provincial health ministries to better meet the mental health needs in their jurisdiction. Considerable investment in mental health research is integral to sustaining excellence in advancing leading practice in mental health. A pan-Canadian strategy would be beneficial for gathering data, sharing and comparing information. Federal investment in the education of mental health work force, including community workers, is required. Finally, a matter for discussion at a future federal/provincial/territorial conference of ministers of health is reciprocal arrangements relating to access and payment for community- as well as facility-based mental health services.

lier les soins primaires aux autres fournisseurs de services. Trouver le moyen d'effectuer une transition, et l'assurer en douceur, pour ce qui est des services de santé mentale et autres systèmes de soutien ne devrait pas être un casse-tête à résoudre pour des clients. En outre, la gestion des cas doit être examinée du point de vue des compétences pangouvernementales.

Pour ce qui est du financement, environ 472 millions de dollars ont été consacrés au budget des services de santé mentale en Alberta, en 2002. Ce montant ne tient pas compte de toutes les dépenses relatives aux services de santé mentale. Nous sommes toutefois confrontés à un défi: la pauvreté de données exhaustives et comparatives sur les coûts et les dépenses liés aux services de santé mentale au Canada. Il faut améliorer la collecte des données administratives afin de pouvoir effectuer notre planification.

Il faut élaborer un plan exhaustif concernant les effectifs qui réponde aux besoins des clients, des employeurs et du milieu de l'enseignement.

L'excellence des services de santé mentale est fonction de la recherche qui est effectuée, recherche qui contribue à éclairer et orienter la prise de décisions, à mettre en place des politiques et à établir des priorités, à améliorer les résultats pour les clients et à soutenir les innovations continues. L'AMHB possède les outils voulus qui lui permettront de participer, de façon concrète, à l'élaboration d'une approche pancanadienne permettant d'établir un nouveau programme de recherche sur la santé mentale au Canada.

Concernant la responsabilisation, le processus que nous avons utilisé en Alberta pour élaborer le plan en matière de santé mentale a été très bien reçu. À la recommandation de conseillers autochtones et de l'Alberta Mental Health Board Wisdom Committee, le comité consultatif a abordé les problèmes de santé mentale des Autochtones dans le plan plutôt que d'établir une stratégie distincte à leur intention. En effet, les stratégies du gouvernement fédéral destinées aux Autochtones vivant dans les réserves devraient s'harmoniser avec le plan provincial de santé mentale et les programmes de mise en oeuvre.

Il faut élaborer des processus pancanadiens coordonnés, entre compétences régionales et provinciales, pour faciliter la collecte, l'échange et l'analyse de données.

En conclusion, monsieur le président, nous croyons que des stratégies qui renforcent la capacité, diminuent les risques et garantissent un traitement et un soutien ne peuvent que contribuer à améliorer la santé mentale des Canadiens. Les questions de santé mentale doivent être examinées du point de vue de la santé de la population. Les ministères provinciaux de la Santé ont besoin de fonds supplémentaires afin de pouvoir mieux répondre aux besoins en santé mentale dans leur territoire de compétence. Il faut consacrer des investissements majeurs à la recherche sur la santé mentale pour soutenir l'excellence et améliorer les pratiques de pointe dans le domaine de la santé mentale. Il faut établir une stratégie pancanadienne pour favoriser la collecte, l'échange et la comparaison de données. Le gouvernement fédéral doit investir dans la formation des travailleurs en santé mentale, y compris des travailleurs communautaires. Enfin, il faut que les ministres de la santé, lors

The Chairman: This not a substantive question, this is just for information. Is the document "Alberta Children and Youth Initiative Mental Health Policy Framework" a public document? If so, could you send us some copies?

Mr. Block: Absolutely.

The Chairman: In respect of the plan, I gather the minister has not yet signed off on. At some point, when you get that signed off on, could you send us some copies of that too?

Mr. Block: I talked to the minister on Friday and he will not be long with it. I expect I can have it to you very soon.

The Chairman: In fact, I am meeting with him in a couple of weeks anyway, but if you could get that, that would be great.

Dr. Jim Millar, Executive Director, Mental Health and Physician Services, Nova Scotia Department of Health: Honourable senators, thank you for allowing me to present to your committee. I applaud the work you are doing. Many studies have been done on acute, long-term and primary care, but I think this is the first in Canada to look at mental health from a national perspective. I was personally pleased to see in your first report on health care that you felt mental health was important enough to have its own report.

I will talk to you today about the importance of mental health to Canadians, the current state of mental health services internationally, nationally, and in Nova Scotia, and then present some thoughts on what is needed to enhance the mental health and well-being of our citizens.

Mental health is important because it affects 20 per cent of our population, has a tremendous economic impact, and is a risk factor for other illnesses. I am sure you received a great deal of information on these items so I will cover them quickly.

More than 450 million people worldwide suffer from a mental or behavioural disorder, and 20 per cent of Canadians will be affected during their lifetime. In a one-year period, 4 to 5 per cent of Canadians will suffer from a mood disorder, 0.3 to 1 per cent from schizophrenia, 12.2 per cent from anxiety disorders and 2.2 per cent of women from eating disorders. In 1999-2000, the seven most common mental disorders accounted for 3.8 per cent of all general hospital admissions in Canada. This is a gross underestimate of the need as the vast majority of people are treated on an outpatient basis.

d'une prochaine conférence fédérale/provinciale/ territoriale, discutent d'ententes de réciprocité concernant l'accès à des services de santé mentale et le paiement des soins pour la collectivité.

Le président: Je ne vous pose pas une question. Je veux tout simplement une précision. Est-ce que le document intitulé «Alberta Children and Youth Initiative Mental Health Policy Framework» est un document public? Si oui, pouvez-vous nous en envoyer un exemplaire?

M. Block: Avec plaisir.

Le président: Pour ce qui est du plan, je présume que le ministre ne l'a pas encore signé. Est-ce que vous pouvez, une fois qu'il l'aura fait, nous faire parvenir des exemplaires?

M. Block: Je me suis entretenu avec le ministre vendredi, et il devrait le faire sous peu. Je serai donc en mesure de vous l'envoyer très bientôt.

Le président: Je dois, en fait, le rencontrer dans quelques semaines. Toutefois, si vous pouviez me le faire parvenir, ce serait bien.

Le Dr Jim Millar, directeur exécutif, Santé mentale et services fournis par les médecins, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse: Honorables sénateurs, je vous remercie de m'avoir invité à comparaître devant le comité. Je vous félicite pour le travail que vous accomplissez. De nombreuses études ont été menées sur les soins actifs, les soins de longue durée et les soins primaires. Toutefois, je crois que celle-ci est la première au Canada qui considère la santé mentale dans une perspective nationale. J'ai été personnellement très heureux de constater que, dans votre premier rapport sur les soins de santé, vous pensiez que la santé mentale est suffisamment importante pour faire l'objet d'un rapport distinct.

Je vous parlerai aujourd'hui de l'importance de la santé mentale pour les Canadiens, de l'état actuel des services de santé mentale dans le monde, au Canada et en Nouvelle-Écosse. Je vous livrerai ensuite quelques idées sur ce qu'il faudrait faire pour améliorer la santé mentale et le bien-être de nos concitoyens.

La maladie mentale est importante parce qu'elle touche 20 p. 100 de la population, parce qu'elle a des répercussions économiques énormes et qu'elle est un facteur de risque pouvant engendrer d'autres maladies. Je suis convaincu que vous avez reçu beaucoup d'information sur ces sujets. J'en parlerai donc brièvement.

Plus de 450 millions de personnes dans le monde souffrent de maladie mentale ou de troubles du comportement, et 20 p. 100 des Canadiens en seront affectés au cours de leur vie. Au cours de l'année, de 4 à 5 p. 100 des Canadiens souffriront d'un trouble de l'humeur, de 0,3 à 1 p. 100 souffriront de schizophrénie, 12,2 p. 100 de troubles anxieux, et 2,2 p. 100 des femmes, de troubles de l'alimentation. En 1999-2000, les sept troubles mentaux les plus communs ont compté pour 3,8 p. 100 de toutes les admissions dans les hôpitaux généraux, ce qui est une sous-estimation importante vu que la grande majorité des personnes sont traitées en clinique externe.

Mental illness carries a tremendous economic cost. In 1993, it was estimated that the total economic burden of mental illness was \$7.3 billion in Canada. By 1996-97, this had grown to \$14.4 billion. In the U.K., it was estimated that psychosis alone cost the economy £1.2 billion. This is compared with heart disease, diabetes and hypertension combined at £1.6 billion. In developed countries it is estimated that 35 per cent to 45 per cent of absenteeism is related to mental health problems. Each year in the U.S., 4 million days are lost to absenteeism, and more than 20 million days are lost to reduced productivity while at work. The economic burden is particularly hard on our young adults who make up the most productive segment of our society.

Indirect costs attributable to mental disorders outweigh the direct treatment costs by two to six times in developed countries. Many of these costs are borne by family and friends. Not treating mental disorders leads to increased costs through decreased economic activity, quality of life and family and interpersonal relations, as well as increased hospital admissions and suicide.

Mental illness is not only a problem as a disorder in itself but also as a risk factor for other illnesses. Depressive symptoms have been shown to be a predictor of increased utilization of future medical services for other illnesses. Even mild depressive symptoms are predictive of increased risk of coronary artery disease. Those suffering from chronic depression are 4.5 times more likely to suffer heart attack, and four times more likely to die from it. This relative risk is at least as high as cigarette smoking, obesity, diabetes and hypertension. Mental illness can contribute to, result from, or share a common causal pathway with cancer, heart disease, and chronic obstructive pulmonary disease.

Internationally, much is being done in the mental health field. The World Health Organization has carried out significant research in the last decade and developed many tools that underdeveloped countries can use to develop improved mental health programs.

Even the United States appears to be paying attention to mental health. President Bush has formed the President's New Freedom Commission on Mental Health, which has made several recommendations to improve the mental health of Americans.

Nationally, we are not doing as well. Provinces individually have been struggling with providing appropriate services and develop various models from the Mental Health Commission of

La maladie mentale engendre des coûts économiques considérables. En 1993, on a estimé que le fardeau économique total de la maladie mentale s'est élevé à 7,3 milliards de dollars au Canada. En 1996-1997, ce fardeau a grimpé à 14,4 milliards de dollars. Au Royaume-Uni, il a été estimé que les psychoses, à elles seules, coûtent 1,2 milliard de livres à l'économie, comparativement aux coûts des maladies cardiaques, du diabète et de l'hypertension réunis, qui s'élèvent à 1,6 milliard de livres. Dans les pays développés, on estime que de 35 à 45 p. 100 de l'absentéisme est relié à des problèmes de maladie mentale. Chaque année, aux États-Unis, 4 millions de journées sont perdues en raison de l'absentéisme, et 20 millions de journées sont perdues en raison de la productivité réduite au travail. Le fardeau économique est particulièrement lourd pour les jeunes adultes qui forment le segment le plus productif de notre société.

Les coûts indirects attribuables aux troubles mentaux dépassent de deux à six fois les coûts directs du traitement dans les pays développés. Plusieurs de ces coûts sont absorbés par les familles et les amis. Ne pas traiter les troubles mentaux donne lieu à des coûts accrus en raison de la baisse de l'activité économique, de la diminution de la qualité de vie et de la détérioration des relations familiales et interpersonnelles, ainsi que de l'accroissement du nombre des admissions dans les hôpitaux et des suicides.

La maladie mentale est non seulement un problème en tant que trouble en soi, mais elle constitue également un facteur de risque d'autres maladies. On a démontré que les symptômes de la dépression sont un prédicteur de l'accroissement du recours aux services médicaux pour d'autres maladies. Même les symptômes de la dépression légère laissent prévoir un risque accru de coronaropathie. Les personnes atteintes de dépression chronique sont vraisemblablement 4,5 fois plus exposées aux crises cardiaques et quatre fois plus à risque d'en mourir. Ce risque relatif est au moins aussi élevé que les risques associés à l'habitude de la cigarette, à l'obésité, au diabète et à l'hypertension. La maladie mentale peut contribuer au cancer, aux maladies cardiaques et à la bronchopneumopathie chronique obstructive ou encore en résulter ou les causer en partie.

Sur la scène internationale, il s'accomplit beaucoup de travail dans le domaine de la santé mentale. L'Organisation mondiale de la santé a mené des recherches importantes au cours des dix dernières années et elle a mis au point de nombreux outils dont les pays du tiers monde peuvent se servir afin de créer des programmes de santé mentale améliorés.

Même les États-Unis semblent accorder de l'importance à la santé mentale. Le président Bush a créé une commission présidentielle spéciale sur la santé mentale, la President's New Freedom Commission on Mental Health, qui a fait plusieurs recommandations visant à améliorer la santé mentale des Américains.

Au pays, nous n'avons pas une aussi bonne feuille de route. Individuellement, les provinces doivent lutter pour offrir des services appropriés et élaborer différents modèles allant de la

New Brunswick to the Alberta Mental Health Board. The federal government has not provided leadership in developing a national strategy.

Federal legislation puts the treatment of mental disorders at a disadvantage. Senator Kirby mentioned that the Canada Health Act only covers general hospital and physician services. Psychiatric hospitals are specifically included and are not subject to reciprocal billing arrangements between provinces. Most mental health services are provided in the community by non-physician providers and thus are not covered. In many provinces, the amount of mental health services that can be charged to provincial plans by general practitioners is severely restricted. This is unfortunate as 80 per cent of mental health services in most provinces are provided outside the formal mental health system by primary care practitioners who are not appropriately prepared to provide these services. Shared care, where the formal and informal systems collaborate to provide mental health services in the primary care setting, is a hopeful alternative that is being slowly implemented.

Criminalization of the mentally ill is an increasing problem. With the changes to the Criminal Code of Canada — much needed of course — the courts and lawyers are much more willing to use the mental health provisions to find defendants not criminally responsible. As inpatient mental health beds in residential care facilities have been reduced, police officers and others have started to use the justice system to shortcut the system and get people off the street and into treatment that may not be available in the community.

It is difficult for the various Canadian jurisdictions to work together. The Council of Deputy Ministers of Health has stopped funding the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health. This has cut off a major venue for sharing and joint planning. Some jurisdictions continue to get together but struggle with funding. The numbers of meetings and jurisdictions participating has dropped off over the years. Special projects are funded on a formula basis with Ontario covering the majority of costs, with Health Canada the second. Quebec does not participate.

Nova Scotia is not unlike other Canadian jurisdictions. Mental health funding has lagged as a portion of total health spending. It has dropped from 5 per cent in 1995-96 to 3.8 per cent in 2003-04. This is on a par with middle-income countries worldwide, which spend between 2.7 and 3.5 per cent. High-income countries spend close to 7 per cent.

Nova Scotia is poised to move forward with mental health reform. Strategic directions have been developed. Standards for the delivery of core mental health services have been adopted — a Canadian first. An integrated database that combines several provincial databases is close to finalization and it will allow us to

Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick jusqu'à l'Alberta Mental Health Board. Le gouvernement fédéral n'a pas les devants pour élaborer une stratégie nationale.

Les lois fédérales ne favorisent pas le traitement des troubles mentaux. Le sénateur Kirby a mentionné que la Loi canadienne sur la santé ne régit que les services offerts dans les hôpitaux généraux et par les médecins. Les hôpitaux psychiatriques en sont spécifiquement exclus et ils ne sont pas assujettis aux ententes de facturation réciproques entre les provinces. La plupart des services de santé mentale sont dispensés dans la collectivité par des intervenants autres que des médecins; c'est pourquoi ils ne sont pas visés par la loi. Dans plusieurs provinces, les coûts des services de santé mentale qui peuvent être imputés aux régimes provinciaux par les omnipraticiens sont fortement restreints, ce qui est malheureux, car 80 p. 100 des services de santé mentale dans la plupart des provinces sont dispensés à l'extérieur du régime officiel de santé mentale par des intervenants de première ligne qui ne sont pas suffisamment préparés à offrir ces services. Le partage des soins, lorsque les régimes officiels et les autres collaborent à la prestation des services de santé mentale dans un environnement de soins de première ligne, est une solution de rechange prometteuse qui se met lentement en place.

La criminalisation des personnes atteintes de maladie mentale est un problème qui va en s'amplifiant. Avec les modifications apportées au Code criminel du Canada qui s'imposaient, les tribunaux et les avocats acceptent davantage d'invoquer les dispositions relatives à la santé mentale pour conclure que les défendeurs ne sont pas criminellement responsables. Comme on a réduit le nombre des lits et des installations résidentielles de soins en santé mentale, les agents de police et d'autres institutions ont commencé à recourir au système judiciaire pour prendre des raccourcis afin de faire traiter des personnes pour lesquelles les soins ne sont pas disponibles dans la collectivité.

Il est difficile pour les diverses compétences au Canada de travailler ensemble. Le Conseil des sous-ministres a cessé de financer le Réseau de consultations FPT sur la santé mentale, ce qui a tari une source importante de partage et de planification conjointe. Certaines compétences continuent de se réunir, mais elles doivent se battre afin de trouver du financement. Le nombre des réunions et des compétences qui y participent a diminué au cours des ans. Certains projets spéciaux sont financés selon une formule où l'Ontario paie la majorité des coûts, avec le soutien de Santé Canada. Le Québec ne participe pas à cette initiative.

La Nouvelle-Écosse ne diffère pas des autres compétences au Canada. Le financement de la santé mentale y affiche un recul par rapport aux dépenses totales en matière de santé. Il est passé de 5 p. 100 en 1995-1996 à 3,8 p. 100 en 2003-2004. Ce pourcentage équivaut à celui des pays à revenus intermédiaires, qui s'élève à 2,7-3,5 p. 100, alors que celui des pays à revenus élevés atteint presque 7 p. 100.

La Nouvelle-Écosse est prête à effectuer une réforme en matière de santé mentale. Elle a élaboré des orientations stratégiques. Elle a adopté des normes relatives à la prestation des services essentiels de santé mentale, ce qui est une première au Canada. Elle achève de constituer une base de données intégrée

track mental health outcomes in a population health framework. If you are interested, these documents are available on our Web site. The address of that Web site is in the brief I have given you.

Much needs to be done if we are going improve the mental health and well-being of Canadians. It will need a common vision, leadership, and a framework. The vision for mental health must be true to the World Health Organization definition of health. "Health" is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. It must also put the same time emphasis on mental health as society does for physical health. It is unacceptable for people with chest pain to wait to determine the cause. If the cause is cardiac, people want immediate attention. Unfortunately, those with emotional pain do not get the same consideration. They will probably wait to seek help, wait further to see a professional caregiver, be treated with outdated and inappropriate methods, and continue to suffer much longer than is necessary.

The vision must also recognize the importance of the individual and the informal mental health system. Only about 20 per cent of mental health services are provided by the formal system. The informal system must be involved in planning, implementing and delivering services in the future. Consumers must be involved in planning and developing the system as well as their individual care plans. It must also recognize that mental health is a basic human right.

Strong leadership is required if there is to be any change in the way we provide mental health services. This committee is showing some of that leadership. Disparate groups need to be brought together. The leadership must have the resources and the clout to make a difference. It must have the respect of consumers, advocates, professionals, academics, researchers, bureaucrats and politicians.

Politicians need to be part of that leadership. They must show the political will to make difficult resource allocation decisions, and then stick to them. They must pass laws that will reduce stigma and discrimination against those with mental disorders and they must become advocates for this component of our society.

There needs to be a national framework to support the vision and leadership. The framework must bring society to an understanding of the need for mental health, be national in nature, recognize the need for research, and provide for a national data system to enable research and improve interventions.

First, society must understand the importance of mental health. The data provided earlier shows the importance of mental health in its own right, as well as it being a risk factor

qui combine plusieurs bases de données provinciales. Cette réalisation nous permettra de suivre les résultats en santé mentale dans le cadre de la santé de la population. Si cela vous intéresse, vous pouvez vous procurer les documents sur notre site Web. L'adresse se trouve dans le mémoire que je vous ai remis.

Il reste encore beaucoup à faire pour améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens. Il faudrait une vision commune, un leadership et un cadre de travail. La vision en matière de santé mentale doit correspondre à la définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la Santé: «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». Elle doit également accorder la même importance à la santé mentale que celle qu'accorde la société à la santé physique. Il est inacceptable pour les personnes qui ressentent une douleur à la poitrine d'attendre qu'on en détermine la cause. S'il s'agit d'une maladie cardiaque, le patient veut être soigné immédiatement. Malheureusement, les personnes qui souffrent émotionnellement n'ont pas les mêmes exigences. En règle générale, elles attendent pour demander de l'aide, elles attendent encore plus pour rencontrer un professionnel de la santé, elles sont traitées selon des méthodes dépassées et inappropriées et elles continuent de souffrir beaucoup plus longtemps que nécessaire.

La vision doit également reconnaître l'importance de la personne et du système de santé mentale informel. Seulement 20 p. 100 environ des services de santé mentale sont offerts par le système formel. Il faut que le système informel prenne à l'avenir part à la planification, à la mise en oeuvre et à la prestation des services. Les consommateurs doivent participer à la planification et à l'élaboration du système, de même qu'à leur régime de soins individuel. Il faut aussi que la vision reconnaisse que la santé mentale est un droit humain fondamental.

Il faudra un leadership fort pour apporter des changements réels dans la manière de dispenser les services de santé mentale. Ce comité est la preuve qu'il existe un leadership. Les groupes différents doivent être rassemblés. Le leadership requiert des ressources et de l'influence pour faire une différence. Il doit rallier le respect des consommateurs, des défenseurs des droits, des professionnels, des universitaires, des chercheurs, des bureaucrates et de la classe politique.

Cette dernière doit faire partie du leadership. Elle doit afficher la volonté politique de prendre des décisions difficiles concernant l'attribution des ressources et s'y tenir, elle doit adopter des lois visant à réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes atteintes de troubles mentaux et elle doit se faire le défenseur de cette composante de notre société.

Il devrait exister un cadre de travail national destiné à appuyer la vision et le leadership. Ce cadre devrait aider la société à comprendre la nécessité de la santé mentale, être de nature nationale, reconnaître la nécessité de la recherche et fournir un système de données national afin de faciliter la recherche et d'améliorer les interventions.

Premièrement, la société doit comprendre l'importance de la santé mentale. Les données fournies plus tôt montrent l'importance de la santé mentale comme telle, comme facteur de

for other major illnesses and a cause of major disability. The public needs to understand that mental illness is a brain disorder similar to physical illness that can be diagnosed. People can be treated, and many fully recover.

Any understanding of mental health must also focus on stigma reduction. Stigma harms mental health consumers in two ways. First, it leads to discrimination. They are considered to be different, the cause of their own problems, not worthy of respect in society, and dangerous. Second, consumers are less likely to identify themselves and seek help if they know they will be discriminated against. Treatment is delayed and suffering is prolonged.

Stigma reduction starts with policy-makers and care providers. Legislation is often a leading cause of stigma and discrimination. I was surprised to see that Transport Canada's regulations bar someone who has suffered from schizophrenia from ever holding a master's ticket, which is just one example. One only needs to visit the local emergency room to see stigmatization by health care providers. Mental health clients wait the longest. Their privacy is violated. Their concerns are not dealt with appropriately.

Second, a national framework must extend beyond just mental health services delivery. It must deal with how government and organizations consider the mental health of Canadians in all their actions and policies. Mental health is a determinative health. There is no health without good mental health.

The framework must set standards for service delivery covering all aspects of mental health from prevention, promotion and advocacy, through community-based services to inpatient and specialty services. It must consider the full life span. Since most mental illnesses have their roots in childhood and adolescence, there must be a new focus on child and youth mental health. It is time to treat our youth and prevent the long-term sequelae of mental illness.

The U.K. and Australia have developed national plans and Australia reports on its progress every five years. It is time that Canada does the same. Mental health needs to be included in the Canada Health Act and there must be further legislation to ensure that a national framework is developed and implemented. It is only through this that the 20 per cent of Canadian who suffer from mental disorders gets their fair shares of the resources. Four of five per cent of the health spending is not enough.

Third, the need for research must be recognized. Research is needed to inform policy, treatment, and prevention activities. There must be resources to do base research, practical research

risque d'autres maladies importantes et comme cause d'invalidité majeure. Le public doit comprendre que la maladie mentale est un désordre du cerveau semblable à la maladie physique, qui peut être diagnostiquée, traitée et souvent complètement guérie.

Toute compréhension de la santé mentale doit également assurer la réduction de la stigmatisation. La stigmatisation nuit aux consommateurs de services de santé mentale de deux manières. Premièrement, elle mène à la discrimination: ces consommateurs sont considérés comme différents, comme la cause de leurs propres problèmes, comme indignes du respect de la société et comme dangereux. Deuxièmement, ces consommateurs sont moins portés à s'identifier et à demander de l'aide s'ils savent qu'ils feront l'objet de discrimination. Leur traitement est ainsi retardé et leur souffrance, prolongée.

La réduction de la stigmatisation commence chez les responsables des politiques et chez les fournisseurs de soins de santé. Les lois sont souvent à l'origine de la stigmatisation et de la discrimination. Le règlement de Transport Canada qui interdit à une personne ayant souffert de schizophrénie d'occuper le poste de commandant n'en est qu'un exemple. On a qu'à se rendre dans une salle d'urgence pour constater la stigmatisation exercée par les fournisseurs de soins de santé. Les clients en santé mentale sont ceux qui attendent le plus longtemps, dont on viole la vie privée et dont les inquiétudes ne sont pas traitées de manière appropriée.

Deuxièmement, il faut élaborer un cadre politique national qui aille au-delà de la seule prestation des services de santé mentale. Ce cadre doit déterminer la manière dont le gouvernement et les organisations abordent la santé mentale des Canadiens dans toutes leurs actions et dans toutes leurs politiques. La santé mentale est un facteur déterminant de la santé; nul n'est en bonne santé s'il n'est pas en bonne santé mentale.

Le cadre doit comprendre des normes relatives à la prestation des services englobant tous les aspects de la santé mentale, depuis la prévention, la promotion et la défense de la santé mentale grâce aux services dans la collectivité jusqu'aux services aux malades hospitalisés et aux services spécialisés. Il doit couvrir toutes les périodes de la vie. Puisque la plupart des maladies mentales ont des racines dans l'enfance et l'adolescence, il faut accorder une attention plus particulière à la santé mentale des enfants et des jeunes. Il est temps de traiter nos jeunes et de prévenir les séquelles à long terme de la maladie mentale.

Au Royaume-Uni et en Australie, on a élaboré des régimes nationaux. L'Australie présente aux cinq ans un rapport qui fait le point sur la situation. Il est temps que le Canada fasse de même. Il faut inclure la santé mentale dans la Loi canadienne sur la santé et il faut adopter d'autres lois pour faire en sorte que le cadre national est élaboré et mis en oeuvre. C'est seulement ainsi que les 20 p. 100 de Canadiens qui souffrent de troubles mentaux auront leur juste part des ressources. Quatre ou cinq pour cent des dépenses ne suffisent pas.

Troisièmement, il faut reconnaître la nécessité de faire de la recherche. Il faut faire de la recherche pour que les politiques, les traitements et les activités de prévention soient éclairés. Il faut

that informs ongoing diagnosis on treatment and research that information policy. Research on public awareness and stigma reduction should receive special attention.

Finally, there is a need for information. A national data system will assist in research into appropriate interventions and improve access to services. The issue of database security must be dealt with. Society sees technology as medical equipment. The public demands the latest MRI, PET scanners, cardiac catheterization equipment and the like, but balks at information technology. Equipment is helpful in mental health, but much of what we do depends on data and the decision support systems that turn data into information that is suitable for prevention, diagnosis, treatment and planning. Information technology is not a waste of resources and it does not detract from patient care — it is a necessary adjunct.

Can we do something to improve the mental health and well-being of Canadians? The answer is a resounding yes. We as a nation have the political will and resources to build a national health care system that is the envy of much of the world.

How do we do it? I suggest the need for a national committee made up the equal partnership of consumers, non-government organizations, policy-makers, care providers and researchers. It would be tasked with recommended a national strategy, proposing national guidelines and standards, suggesting special funding enveloping, monitoring outcomes and reporting to Canadians on a regular basis.

In conclusion, it is time to do more for the mental health and well-being of Canadians. The economic and emotional impact on the country is enormous. There is a need for national strategy to address this important issue. The piecemeal work being done in isolation by the provinces, territories, and advocacy groups is leading to duplication of effort and wasted resources. A national strategy will reduce the suffering of the 20 per cent of Canadians whose have at mental disorder and reduce of major Risk factor for other illnesses.

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology is showing leadership by reviewing this important aspect of our health care system. All that is needed is the political will and the understanding to overcome the barriers to moving forward with mental health reform.

débloquer des ressources pour de la recherche fondamentale, de la recherche appliquée, à l'appui du diagnostic et du traitement permanent et de la politique. La recherche sur la sensibilisation du public et sur la réduction de la stigmatisation devrait faire l'objet d'une attention spéciale.

Enfin, on a besoin d'information. Un système de données national faciliterait la recherche sur les interventions appropriées ainsi que l'accès aux services. Il faudrait également régler le problème de la sécurité des données. Quand il est question de technologie dans le domaine de la santé, la société pense tout de suite à de l'équipement médical. Le public exige les appareils d'IRM, les tomodesitométrés et le matériel de cathétérisme cardiaque les plus récents et d'autres équipements, mais il est réticent face à la technologie de l'information. Les équipements sont utiles en santé mentale, mais une grande partie de ce que nous faisons repose sur des données et sur les systèmes de soutien des décisions qui transforment les données en information utile pour la prévention, le diagnostic, le traitement et la planification. La technologie de l'information n'est pas un gaspillage de ressources et elle ne détourne pas de la prestation des soins aux patients; la technologie est une alliée indispensable.

Pouvons-nous faire quelque chose pour améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens? La réponse est un oui retentissant. Nous possédons la volonté politique et les ressources voulues pour mettre sur pied un régime national de soins de santé qui fait l'envie d'une grande partie du monde.

Comment y parviendrons-nous? Je propose la création d'un comité national où il y aurait représentation égale des consommateurs, des organismes non gouvernementaux, des responsables des politiques, des fournisseurs de soins et des chercheurs. Ce comité aurait pour tâche de recommander une stratégie nationale, de proposer des orientations et des normes nationales, de suggérer des enveloppes spéciales de financement, de surveiller les résultats et de rendre des comptes aux Canadiens à intervalles réguliers.

En guise de conclusion, il est temps de faire davantage pour la santé mentale et le bien-être des Canadiens étant donné leur énorme portée économique et émotionnelle. Nous avons besoin d'une stratégie nationale pour régler cette importante question. Le travail effectué individuellement par les provinces, par les territoires et par les groupes de revendication mène au dédoublement des efforts et au gaspillage des ressources. Une stratégie nationale permettrait de soulager la souffrance de 20 p. 100 des Canadiens atteints de troubles mentaux et de réduire au minimum un important facteur de risque d'autres maladies.

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie fait preuve de leadership en examinant cet aspect important de notre régime de soins de santé. Tout ce qu'il faut, c'est avoir la volonté politique commune de faire tomber les barrières qui empêchent d'aller de l'avant avec la réforme de la santé mentale.

I have left more complete brief with references with your staff to inform the work of your committee. Thank you, again for the opportunity to present to you. I look forward to your final report and working with others to improve the mental health and well-being of Canadians.

Mr. Irene Clarkson, Executive Director, Mental Health and Addictions, British Columbia Ministry of Health Services: The Ministry of Health Services in British Columbia thanks Senator Michael Kirby and the members of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology for recognizing the importance of supporting individuals and families who live with mental illness and addictions. This is an opportunity to shape federal strategy. It is a valuable process, and most of all, it is a message to Canadian citizens that mental illness should receive equal priority to physical illness.

I will share with you a story of what we are doing in B.C., the changes we have made, and then make some recommendations from our learning. We hope it will be helpful to you.

Over the past four years, the British Columbia Ministry of Health Services has embarked on mental health reform in B.C. and more recently, over the past two years, has integrated addictions reform into our mental health reform activities.

I would like to share with you the vision for the health care system for mental health and addiction services in B.C. We envision a comprehensive, integrated, evidence-based health care system — that is the whole health care system, not just a separate system — that provides health promotion, prevention, treatment, and recovery-oriented mental health and addiction services. When we say recovery-oriented, we mean meeting the person where they are at, providing information, making sure they have access to the treatment they need, or if not treatment, the supports they need to succeed in their life.

This system of care will be consistent with the outcome of improved mental health of British Columbians: reduced disabilities, increased resiliency and self-care, and reduced need for health services. I emphasize the reduced need for health services. It is not reduced access. It is different.

Therefore, in B.C. we have about 4.2 million citizens in our province. Approximately 640,000 unique individuals access services for mental health related concerns or disorders each year. That tells us that we need a system that is not only comprehensive and integrated but that also can manage the varying levels of client need and their spread across our province. To face the issue of how we can do this, B.C. has been

J'ai laissé à votre personnel un document d'information plus complet, accompagné de références, que le comité pourra consulter. Je vous remercie encore de m'avoir invité à témoigner. J'attends avec impatience votre rapport final et l'occasion de travailler avec les autres intervenants en vue d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens.

Mme Irene Clarkson, directrice exécutive, Santé mentale et toxicomanie, ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique: Le ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique remercie le sénateur Michael Kirby et les membres du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie d'avoir reconnu l'importance d'appuyer les personnes et les familles aux prises avec la maladie mentale et la toxicomanie. C'est l'occasion idéale d'élaborer une stratégie fédérale. Le processus est utile et, surtout, c'est un message envoyé à tous les Canadiens pour leur faire comprendre qu'il faut accorder autant de priorité à la maladie mentale qu'à la maladie physique.

Je vais vous décrire ce que nous sommes en train de faire en Colombie-Britannique, les changements que nous avons apportés, puis faire des recommandations tirées de ce que nous avons vécu. Nous espérons qu'elles vous seront utiles.

Le ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique s'est lancé il y a quatre ans dans une réforme de la santé mentale dans la province et, plus récemment, c'est-à-dire depuis deux ans, il cherche à y intégrer la toxicomanie.

J'aimerais partager avec vous la vision du système de santé qu'à la Colombie-Britannique pour assurer la prestation des services aux malades mentaux et aux toxicomanes. Nous visons un système de santé complet, intégré et fondé sur des preuves, c'est-à-dire un système de santé entier, plutôt qu'un système distinct qui offre des services de promotion de la santé, de prévention, de traitement et de rétablissement uniquement en matière de santé mentale et de toxicomanie. Quand nous parlons de services axés sur le rétablissement, nous parlons de rencontrer la personne là où elle se trouve, de lui donner de l'information, de faire en sorte qu'elle ait accès aux traitements dont elle a besoin ou, si elle n'a pas besoin de traitement, du soutien dont elle a besoin pour réussir dans la vie.

Ce système de soins cadrera avec le résultat visé, soit une amélioration de la santé mentale de la population de la Colombie-Britannique, en d'autres mots moins de déficiences, une plus grande résistance, un autotraitement accru et une baisse de la consommation des services de santé. Je souligne cette baisse de la consommation. Il n'est pas question de réduire l'accès, mais de tout autre chose.

Donc, en Colombie-Britannique, nous avons une population de quelque 4,2 millions d'habitants. Environ 640 000 personnes uniques ont recours chaque année aux services de santé pour des préoccupations ou des troubles d'ordre mental. Voilà qui indique que nous avons besoin d'un système qui est non seulement complet et intégré, mais qui est aussi capable de gérer le niveau variable des besoins de la clientèle et sa répartition un peu partout

restructuring their health authority and their ministry governance systems to set us up so that odds of us succeeding are increased.

Many years ago when I was a director of nursing for psychiatry in B.C., we had 128 plus unique hospital boards that ran our hospital's acute care. We had multiple ministries involved in providing all kinds of community services. As a director of nursing, I found that it was impossible to assist my staff in the limited time we had to help our clients and families connect with the services they needed. There were multiple barriers, different languages, and different registration requirements. It was impossible.

Then B.C. moved to a system where we had 52 health authorities. That was not enough of a change. We still had multiple ministries providing services, different admission criteria, different language, and the amount of time we spent as professionals trying to find out what services were available was ridiculous.

The current government has moved to a new governance system. We now have five health authorities — geographic health authorities — that manage the direct service delivery and one provincial health service authority that manages the provincial high-end type services.

Over the last two years we have seen that this has created opportunities to create a more equitable system with coordinated range of local, regional, and provincial mental health and addiction services for all British Columbians regardless of where they live in the province. We are not there yet, but the opportunity for the integration and reduced duplication has certainly been increased.

The other opportunity that this provided was to create more effective and efficient services coordinated by a single accountable agency within regions, large enough to recruit and retain mental health and addiction professionals and to achieve economies of scale that we had never been able to do before. That process was certainly helpful to us.

Additionally, we could create a more accountable system of care because we created regional performance contracts that set out in detail how health needs will be met and more clearly articulated expectations for all concerned. That is an ongoing process. It is difficult to create those contracts, and we are working hard to change them, make them more effective with health authorities assistance and other feedback. However, it is the first time in B.C. we have actually held anyone accountable much for anything in health care. It is pretty exciting event.

dans la province. Pour pouvoir y faire face, la Colombie-Britannique a entrepris de restructurer son autorité sanitaire et les systèmes de gestion de son ministère de manière à multiplier les chances de succès.

Il y a de nombreuses années, quand j'étais directeur des soins infirmiers en psychiatrie de la Colombie-Britannique, nous avions plus de 128 conseils d'administration qui géraient les soins actifs dans nos hôpitaux. Plusieurs ministères participaient à la prestation de toutes sortes de services communautaires. En tant que directeur des soins infirmiers, je me suis rendu compte qu'il m'était impossible d'aider mon personnel, dans le peu de temps dont nous disposions, à aider nos clients et leurs familles à s'orienter vers les services dont ils avaient besoin. Il existait de nombreux obstacles, dont la langue et différentes exigences relatives à l'inscription. C'était impossible.

Puis, la Colombie-Britannique est passée à un système où il y avait 52 autorités de la santé. C'était trop peu de changement. La prestation des services continuait de relever de plusieurs ministères aux critères d'admission différents, utilisant différentes langues, et le temps que devaient consacrer les professionnels de la santé pour savoir quels services étaient offerts était ridicule.

Le gouvernement actuel a adopté un nouveau système de gouvernance. Nous avons maintenant cinq régions de la santé, des régions définies en fonction de territoires géographiques qui gèrent la prestation directe des services, et une seule région provinciale de la santé qui gère les services provinciaux de haute gamme.

Au cours des deux dernières années, nous avons pu observer que ce système a rendu possible la création d'un régime plus équitable qui offrirait à la population de la Colombie-Britannique toute une gamme coordonnée de services locaux, régionaux et provinciaux en matière de santé mentale et de toxicomanie, peu importe où elle habite dans la province. Nous n'en sommes pas encore là, mais il est certes beaucoup plus facile d'intégrer et de réduire les doublons.

L'autre possibilité que nous offre le nouveau système est d'offrir dans chaque région des services plus efficaces et plus efficaces sous la coordination d'un seul organe qui doit rendre des comptes et qui est suffisamment étendu pour recruter et conserver des professionnels de la santé mentale et de la toxicomanie et pour réaliser des économies d'échelle que nous n'avions jamais réussi à obtenir auparavant. Le processus a certainement été utile.

Par ailleurs, nous pouvons avoir un système de santé plus responsable parce que nous avons mis en place des contrats de performance régionale qui détaillent comment seront satisfaits les besoins de santé et énoncent plus clairement les attentes à l'égard de tous les intéressés. Il s'agit-là d'un processus permanent. Il est difficile de mettre en place ces contrats, et nous faisons de notre mieux pour les changer, pour les rendre plus efficaces avec l'aide des régions de santé et d'autres rétroactions. Cependant, c'est la première fois qu'en Colombie-Britannique, nous exigeons une véritable reddition de comptes dans le domaine de la santé. C'est très prometteur.

As we were doing that work, we also took the high-end tertiary psychiatry beds located at Riverview Hospital and we been devolving them to our health authorities. In addition in 1997, the community mental health services were devolved to health authorities. Two years ago, we devolved addiction community services to health authorities, as well as our supported independent living program that was managed centrally by the ministry.

For the first time in history of B.C., we have the full range of services located under single governance bodies. Their ability to reduce duplication, support integration and reduce barriers to service is there. Certainly, we need to turn our minds more to what we will do now that we have done this difficult task. It is not over. It is certainly a growth experience for all concerned.

We were very fortunate that this government created a Minister of State for Mental Health and Addictions. I have been working in the field of mental health care now for 35 years. This is the first time I have ever seen this. The creation of this position supported cross-ministry accountability for the impact of program changes on our target populations. It also supported discussion at the cabinet table of addictions and mental health issues in an open forum.

For us in the ministry and for our health authority partners, that meant that there was actual discussion about mental illness, which is different from mental health. We often say "mental health," but we are afraid of mental illness not mental health. Many of the moral issues attributed to people with addictions were discussed for the first time at a cabinet table. It has been an amazing to watch that over the last few years. A voice for mental health and addictions was created at the highest levels of our government.

Within the ministry, we not only underwent a reduction of the number of people in our areas. At the same time, our areas were integrated. We had to challenge ourselves to think of mental health and addictions together. Mental health and addictions actually sits under strategic initiatives and innovation. That was an interesting placement for that program, because it said that we could not sit still. Our job was different. It is very difficult to become a steward of the system as opposed to someone who was involved in direct service delivery.

We established goals for the ministry, which are different from goals for health authorities. Our goals relate to stewardship. I do not have time to share the details on each of the strategies, but I will highlight the goals for you.

The first goal was a comprehensive integrated client system of health care services for persons with mental disorders and substance use disorders. To support that, we put forward, and are still working on with partners, our provincial depression

Pendant que nous effectuons ces travaux, nous transférons aussi la responsabilité à nos régies de la santé des soins psychiatriques tertiaires haute gamme qui étaient situés à l'hôpital Riverview. De plus, en 1997, les régies de la santé se sont vues confier les services communautaires de santé mentale. Il y a deux ans, nous avons confié des services communautaires en matière de toxicomanie aux régies de la santé, de même que la responsabilité du programme subventionné de vie autonome qui était jusque là géré centralement par le ministère.

Pour la première fois dans l'histoire de la Colombie-Britannique, toute la gamme des services est regroupée sous l'autorité d'organes uniques. Le fait qu'ils sont capables de réduire les dédoublements, d'intégrer le soutien et d'abattre les obstacles aux services est indéniable. Naturellement, il faut décider de ce que nous allons faire maintenant que nous avons abattu ce difficile travail. La réforme n'est pas terminée. C'est certainement une occasion pour chacun de se développer.

Nous avons eu beaucoup de chance que ce gouvernement crée un poste de ministre d'État chargé des services de santé mentale et de toxicomanie. Je travaille dans le domaine de la santé mentale depuis maintenant 35 ans et c'est la première fois que je vois une chose pareille. La création de ce poste est venue appuyer la responsabilisation transministérielle à l'égard de l'incidence sur nos populations cibles des changements apportés aux programmes. Elle a également favorisé la tenue de discussions franches, au sein du Cabinet, sur les questions de toxicomanie et de santé mentale.

Pour nous, au ministère, et pour nos partenaires du secteur de la santé, cela signifiait qu'il y avait un véritable débat sur la maladie mentale, qui est différente de la santé mentale. Nous disons souvent «santé mentale» parce que nous avons peur de parler de «maladie mentale». Pour la première fois au sein d'un cabinet, on a abordé beaucoup des questions morales concernant les toxicomanes. C'est incroyable d'avoir pu observer l'évolution de la situation au cours des dernières années. Il était désormais possible de parler de santé mentale et de toxicomanie aux plus hautes instances du gouvernement.

Au sein du ministère, nous avons perdu des gens dans notre domaine de compétence et nous avons subi en même temps l'intégration des services. Nous avons dû relever le défi de penser à la fois à la santé mentale et à la toxicomanie. Celles-ci font d'ailleurs partie de la composante Initiatives stratégiques et innovation. C'était une bonne chose pour ce programme car nous devons évoluer. Notre travail était différent. C'est très difficile de devenir un gardien du système plutôt que de continuer à s'investir directement dans la prestation de services.

Nous avons fixé des objectifs pour le ministère, différents de ceux poursuivis par les autorités sanitaires. Ils concernent l'intendance. Je n'ai pas le temps de vous faire part des détails de chacune des stratégies élaborées, mais je vais vous présenter les points saillants de nos divers objectifs.

Le premier consistait à créer un système totalement intégré de services de soins de santé destiné à notre clientèle souffrant de troubles mentaux ou aux prises avec des problèmes de toxicomanie. À l'appui de cette initiative, nous avons mis de

strategy, anxiety strategy, and addiction strategy. We also worked with the Ministry of Child and Family Development on their child and youth mental health plan.

To help health authorities create a comprehensive system, we funded the Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit at the University of British Columbia. They do not do research. They help us create evidence-based policy and support health authorities to do the same. That function is different from research. We needed a way to support evidence and examining the practice and policy at all levels. That is a very challenging job. We are fortunate to have some very expert people to assist us.

In addition, the ministry works with the Michael Smith Foundation for Research. They gave us the wonderful opportunity to identify areas of research required in mental health and addiction.

The next goal is a primary health care system that provides early detection and evidence-based care to persons with mental disorders or substance abuse disorders. In B.C., over 65 per cent of our clients who access services do through their general practitioner. There are more 4,500 GPs in B.C. For each GP on average, 15 per cent of their individual clients have mental health disorders. This tells us that we need to be working with the GPs.

On average in B.C., each month there are 10,000 new presentations of mental health disorder or addiction disorder. That does not mean they are new clients. It means that for first time it is recognized that they have a mental health or addiction disorder. The concept of ignoring the general practitioner's part of the health care system will not hold for us.

The next goal is a chronic disease management approach within health services and primary health care system. We are shifting our thinking from episodic care. We are very good at episodic care, but we need to do more to support the individual and family in managing their illness. First, they are a person, and second, they have the experience with the illness. We need to be working to reduce recidivism and relapse and to support that person to have a quality life.

The fourth goal, which is one of the most exciting, is the permanent communications infrastructure to improve mental health literacy. You cannot help people if they cannot understand what you are saying. You cannot have a physician supporting an individual if they do not understand the language the physician is using. We cannot have early identification and reduce the stigma

l'avant — et nous continuons de travailler avec nos partenaires dans ce sens — une stratégie provinciale de lutte contre la dépression, l'anxiété et la toxicomanie. Nous avons également collaboré avec le ministère de du Développement des enfants et de la famille dans le cadre de l'élaboration de son plan de santé mentale pour les enfants et les jeunes.

Afin d'aider les autorités sanitaires à mettre en place un système complet, nous finançons l'Unité de consultations communautaires et d'évaluation de la santé mentale de l'Université de la Colombie-Britannique. Celle-ci ne fait pas de recherches. Elle nous aide à définir des politiques raisonnées et à soutenir les autorités sanitaires pour qu'elles en fassent autant. Cette fonction est différente de la recherche. Nous avons besoin d'une façon de mettre à profit ces connaissances et d'examiner les pratiques et les politiques à tous les niveaux. C'est un travail très exigeant. Nous avons eu de la chance de nous faire aider par d'éminents spécialistes en la matière.

Par ailleurs, le ministère travaille avec la Fondation Michael Smith pour la recherche en santé. Celle-ci nous a donné la magnifique occasion de cerner des domaines de recherche pertinents en santé mentale et en toxicomanie.

Le deuxième objectif est l'instauration d'un système de soins de santé primaires permettant de faire du dépistage précoce et de soigner les toxicomanes ou les personnes atteintes de troubles mentaux en se fondant sur des preuves. En Colombie-Britannique, plus de 65 p. 100 de notre clientèle a accès à nos services par l'intermédiaire des médecins généralistes dont le nombre dépasse les 4 500. En moyenne, 15 p. 100 des patients de chaque médecin généraliste souffrent de troubles mentaux. Ceci est un signe que nous devons travailler en collaboration avec ces médecins.

Toujours en Colombie-Britannique, on compte en moyenne chaque mois 10 000 nouveaux rapports concernant des troubles mentaux ou des problèmes de toxicomanie. Cela ne veut pas dire que ce sont de nouveaux clients. Cela signifie que pour la première fois, on reconnaît que ces personnes souffrent de troubles mentaux ou d'un problème de toxicomanie. Pour nous, le concept consistant à ignorer le rôle du médecin généraliste dans le système de soins de santé ne tient pas.

Le troisième objectif vise à mettre au point une approche de gestion des maladies chroniques dans le cadre des services de santé et du système de soins primaires. Nous sommes en train de réfléchir à autre chose qu'au traitement des troubles épisodiques. Nous sommes très bons dans ce domaine, mais nous devons faire plus pour aider les patients et leur famille à gérer leur problème. Premièrement, ce sont des personnes et, deuxièmement, elles connaissent leur maladie. Nous devons tenter de réduire les cas de récurrence et de rechute et aider ces gens à avoir une bonne qualité de vie.

Le quatrième objectif, l'un des plus passionnants, est la création d'une infrastructure de communication permanente pour améliorer l'éducation en santé mentale. Vous ne pouvez pas aider des gens qui ne comprennent rien de ce que vous leur dites. Un médecin ne peut pas répondre aux besoins de son patient si ce dernier ne comprend pas ce qu'il raconte. On ne peut

if do not know what we are talking about. This initiative started two years ago. It is truly one of the most exciting initiatives in which I have been involved in my career. I would love to give you more information at another time.

In addition to that, B.C. also has the B.C. health guide and a 24-hour, seven-day-a-week nurse line with access to pharmacists. This gives the people in B.C. access to quality health information, no matter where they live. The information is available whether they have a mental or physical illness.

We think these steps will support health authorities. They will also support the child and youth mental health plan because we are partnering with them. Also, we expect to shift the culture of B.C. over the next 10 years in terms of our level of mental health literacy.

That is exciting.

The last goal, not the least by far, is to implement core functions in public health that include mental health promotion, healthy child development and prevention of mental disorders and addictions. Our public health act is being reviewed and core functions are being identified so that we are confident that we are heavy on the prevention, promotion and early identification side. It is not enough to provide treatment; we need to be there earlier.

Those are our major strategies. The expected outcomes are improved mental health in the population; reduction in substance use problems in the population; and prevention of mental health problems, mental disorders and substance use disorders. Remember, mental health problems can lead to mental illness, but they are not a mental illness. Sometimes we get confused on that point. We also expect reduced impact and disability from mental health problems and mental disorders, and substance use disorders on individuals, families and the communities is another expected outcome. We work with our other ministries to do that. We also expect a reduced need for health services. We expect that the discrimination and stigma experienced by persons with mentality disorders and substance use disorders or problems will be reduced.

We would like to make a number of recommendations that are based on our experience to date. We are monitoring our system and have prepared two baseline reports. We are working hard to create better indicators, which we can share at a later time.

The B.C. Ministry of Health Services strongly supports mental health and addictions reform, which includes the comprehensive client-centred system of care closely linked with primary health care providing for chronic disease management approach and

pas faire de dépistage précoce et réduire les symptômes si on ne sait pas de quoi on parle. Cette initiative a commencé il y a deux ans. C'est vraiment l'une des plus passionnantes à laquelle j'ai participé dans toute ma carrière. Je serais vraiment ravie de vous donner davantage d'informations à ce sujet à un autre moment.

En plus, en Colombie-Britannique, nous avons un guide médical ainsi qu'une ligne téléphonique disponible 24 heures sur 24, sept jours par semaine, donnant accès à des infirmières et à des pharmaciens. Cela permet aux Britanno-Colombiens d'obtenir des informations de qualité en matière de santé, peu importe l'endroit où ils vivent. Ces renseignements sont disponibles autant pour les maladies mentales que physiques.

Nous pensons que ces mesures aideront les autorités sanitaires. Elles seront également utiles aux groupes s'occupant de la mise en oeuvre des plans concernant la santé mentale des enfants et des jeunes, avec lesquels nous avons créé des partenariats. De plus, nous nous attendons à un changement de culture, au cours des dix prochaines années dans la province, en ce qui concerne notre niveau de connaissances en santé mentale.

C'est passionnant.

Le dernier objectif, mais non le moindre, consiste à mettre en oeuvre les fonctions essentielles et à englober dans la santé publique la promotion de la santé mentale, le développement sain des enfants et la prévention des troubles mentaux et de la toxicomanie. Notre loi sur la santé publique fait actuellement l'objet d'une révision, et nous définissons également les fonctions de base pour être certains de bien mettre l'accent sur la prévention, la promotion et le dépistage précoce. Cela ne suffit pas de traiter les gens; il faut détecter leurs troubles plus tôt.

Voilà nos principales stratégies. Les résultats attendus sont une amélioration de la santé mentale de la population; la réduction de la consommation de drogues; la prévention des problèmes de santé mentale ainsi que des troubles mentaux et liés à la toxicomanie. Il ne faut pas oublier que les problèmes de santé mentale peuvent entraîner des maladies mentales, mais ce ne sont pas des maladies mentales. Parfois, il y a une certaine confusion à ce sujet. Nous comptons également sur une incidence réduite et une diminution des déficiences découlant des problèmes de santé mentale, des troubles mentaux et de la dépendance à l'égard des drogues chez les individus, les familles et la communauté dans son ensemble. Nous travaillons avec d'autres ministères pour y parvenir. Le but est aussi de réduire la pression qui s'exerce sur les services de santé. Nous cherchons également à faire en sorte que les personnes souffrant de troubles mentaux ou de problèmes de toxicomanie soient moins discriminées et stigmatisées.

Nous voudrions faire un certain nombre de recommandations fondées sur l'expérience que nous avons acquise jusqu'à présent. Nous surveillons notre système de près et nous avons préparé deux rapports préliminaires. Nous travaillons fort pour élaborer de meilleurs indicateurs dont nous pourrions vous parler plus tard.

Le ministère de la Santé de Colombie-Britannique appuie fortement la réforme en matière de santé mentale et de toxicomanie, laquelle prévoit un système de soins intégré, axé sur les clients et étroitement lié au système de soins primaires, qui

ensuring quality information for clients, families and the general public. It should incorporate the social determinant of health in policy and service delivery.

In that context, we are recommending an integrated national policy framework that is comprehensive and addresses the continuum of mental health promotion, prevention of mental disorders and substance use disorders, early identification, intervention, treatment, monitoring, relapse prevention, harm reduction, and rehabilitation and recovery.

We also recommend a national mental health literacy program at a high level that includes funding for the provinces to implement mental health literacy programs that build on the national initiative. Canadians need to know what mental health is. They also need to know what mental illness is. They need to know how to take care of themselves and the people they love.

A national mental health and addictions policy framework needs to ensure that it includes more than health services. It must take into account the social determinants of health including, quality housing, supportive employment opportunities, return-to-work programs, educational opportunities, income supports, social support networks, and opportunities to participate in the community as productive citizens. Therefore, we would like to see not only a larger silo, but also an integrated plan that pulls the other silos together.

We would also like to see a federal commitment to enhance mental health and addiction service infrastructure. That means resources to deal with significant and urgent health care problems and the social burden of disease. Then, we would like to see provinces held accountable for outcomes rather than specific programs or service models.

Fifth, we would like to see federal support for primary health care reform. The first contact with the system determines subsequent access, and it can be one of the most powerful ingredients in the path to optimal health if we make sure that first contact is effective.

Finally, we would like to see the federal government encouraged to look at their mental health and addiction portfolio and planning structures. We would like to see some integration at the federal level that would reflect current best practices and a direction in service delivery and provincial policy. We require a shift from parallel tracks toward integrated national mental health and addiction strategies. Canadians need a health care system that does not shuffle individuals from one system of care to the other, but rather a system that ensures that every door is the right door.

prévoit une approche en matière de gestion des maladies chroniques et garantit une information de qualité pour les patients, les familles et le grand public. Cette réforme devrait tenir compte du déterminant social de la santé concernant les politiques et la prestation de services.

Dans ce contexte, nous recommandons un cadre stratégique national intégré qui soit complet et conforme au continuum de la promotion de la santé mentale, de la prévention des troubles mentaux et de la toxicomanie, du dépistage précoce, de l'intervention, du traitement, du suivi, de la prévention des rechutes, de la diminution des souffrances, de la réadaptation et de la guérison.

Nous recommandons également la création d'un programme national d'éducation en santé mentale de haut niveau qui prévoit le financement, pour les provinces, de la mise en oeuvre de programmes d'enseignement en la matière, dans le cadre d'une initiative nationale. Les Canadiens ont besoin de savoir ce que sont la santé mentale et la maladie mentale. Ils doivent savoir comment prendre soin d'eux-mêmes et de leurs êtres chers.

Un cadre stratégique national en matière de santé mentale et de toxicomanie doit englober plus que les services de santé. Il doit prendre en compte les déterminants sociaux de la santé dont des logements décentes, des débouchés intéressants, des programmes de retour au travail, des occasions de perfectionnement, des aides au revenu, des réseaux d'aide sociale et la possibilité de faire partie de la communauté comme un citoyen à part entière. Par conséquent, nous voudrions non seulement voir une structure plus élargie, mais aussi un plan intégré qui réunisse toutes ces structures.

Nous voudrions également que le gouvernement fédéral s'engage à promouvoir le développement des infrastructures de services en santé mentale et en traitement de la toxicomanie. Cela suppose le déploiement de ressources permettant de régler rapidement des problèmes de santé graves et d'alléger le fardeau social de la maladie. Ensuite, nous voudrions que les provinces soient tenues responsables des résultats plutôt que des programmes spécifiques ou des modèles de services.

Cinquièmement, nous voudrions que le fédéral appuie la réforme des soins de santé primaires. Le premier contact avec le système détermine l'accès subséquent aux services. Si nous veillons à ce que ce premier contact soit efficace, il peut se révéler un élément des plus décisifs pour s'orienter sur la voie de la guérison.

Enfin, nous voudrions que le gouvernement fédéral examine ce que font ses ministères en matière de santé mentale et de toxicomanie et qu'il revoie ses structures de planification. Nous souhaiterions voir une certaine intégration, au niveau fédéral, qui refléterait les meilleures pratiques actuelles et une orientation claire dans la prestation des services et les politiques provinciales. Nous voudrions en venir à l'élaboration de stratégies nationales intégrées en matière de santé mentale et de toxicomanie. Les Canadiens ont besoin d'un système de santé qui ne renvoie pas les patients d'un endroit à un autre, mais plutôt d'un système qui s'assure que tout le monde frappe à la bonne porte.

The Chairman: I thank all of you for those comments. That will open up a very interesting discussion period. By the way, I know Mr. Block has to leave relatively soon, but as I understand it Ms. Harrison will stay and participate.

Before turning to my colleagues, can I ask all of you a general question that has been troubling us for some time? I think Dr. Millar said that about 80 per cent of the treatments that go on in mental health fall technically outside of the formal mental health policy area, in the sense that they are not part of the hospital doctor system.

How have your various provinces gotten around the problem that a huge number of mental health services given to residents of provinces are not part of the publicly funded system, at least directly? Now, it is confusing. It may be that some of the group homes, for example, are funded through some other department — a department of community services or whatever.

How have you gotten around what seems to me to be an almost intractable collection of delivery systems that do not fit a government structure that is conditioned to deal with narrowly defined health in one place, or homelessness in another or assisted housing in another? Have you been able to get your hands around all of that?

Mr. Block, will you begin?

Mr. Block: That is an excellent question and a difficult problem. We have taken some initiatives in Alberta. I mentioned that we have developed a provincial mental health plan. Within that plan, we involve nine separate government ministries over and above health and wellness and ourselves. The plan, when it was finally signed off, included all the other nine ministries. We felt this was a first step bringing together the different pieces. In the accreditation that I referenced earlier in my comments, this was noted as one of our best practices and received a commendation.

When we look at strategies to bring those pieces together, it clearly has to be a collaborative partnership with many groups and organizations. We are not there yet, as I suspect you will hear from the others, but that is the first place — to bring all the people together and recognize that the determinants of health are as important as other aspects.

The Chairman: Can I ask you a follow-up to that? Am I right that a fair number of services would not even be caught in what you did, because they are not publicly funded? That is to say, either individuals pay for it themselves by way of counselling or services, for example, or drug therapy plans are covered by an individual's drug plan.

Le président: Je vous remercie tous pour ces commentaires. Je crois que cela marque le début d'une discussion très intéressante. À ce propos, je sais que M. Block doit nous quitter relativement tôt, mais j'ai cru comprendre que Mme Harrison pourra rester et participer au débat.

Avant de céder la parole à mes collègues, j'aimerais vous poser une question d'ordre général qui nous trouble depuis quelque temps déjà. Je crois que le Dr Millar a dit qu'environ 80 p. 100 des traitements en santé mentale échappent techniquement à la politique officielle en la matière, en ce sens qu'ils ne font pas partie du système de médecine hospitalière.

Comment les différentes provinces ont-elles réagi au fait qu'un très grand nombre de services en santé mentale fournis à leurs résidents ne faisaient pas partie du système public, au moins directement? C'est troublant. Cela tient peut-être au fait que certains centres d'hébergement, par exemple, sont financés par quelqu'autre ministère, un qui s'occupe des services communautaires ou je ne sais quoi.

Comment avez-vous fait face à ce qui me semble être un ensemble presque inextricable de systèmes de prestation de services non adapté à une structure gouvernementale conditionnée pour s'occuper strictement de certains problèmes de santé à un endroit, des sans-abri ailleurs ou encore de l'aide au logement? Avez-vous réussi à cerner le problème?

Monsieur Block, voulez-vous commencer?

M. Block: C'est une excellente question et un problème difficile. Nous avons pris quelques initiatives en Alberta. J'ai mentionné que nous avons mis au point un plan provincial en santé mentale. En vertu de ce plan, nous faisons appel à neuf ministères différents, surtout celui de la santé et du bien-être. Ce plan, lorsqu'il a enfin été ratifié, prévoyait la participation de neuf autres ministères. Nous pensions que c'était la première étape à franchir pour réunir les différentes pièces du puzzle. Dans l'accréditation à laquelle j'ai fait référence un peu plus tôt, cet élément était considéré comme l'une de nos meilleures pratiques et avait reçu une mention élogieuse.

Lorsque nous examinons les stratégies à mettre en oeuvre pour rassembler ces différentes pièces, nous savons évidemment que cela passe par la création de solides liens de partenariat avec plusieurs groupes et organisations. Nous n'en sommes pas encore là, comme d'autres vous le diront, mais ceci est la première étape qui consiste à réunir tous les intervenants et à reconnaître que les déterminants de la santé sont aussi importants que d'autres aspects.

Le président: Puis-je vous demander de nous tenir au courant de l'évolution de la situation? Ai-je raison de croire qu'un nombre important de services ne seraient même pas visés par ce que vous avez annoncé étant donné qu'ils ne sont pas financés par des deniers publics? Les gens doivent-ils payer directement les conseils ou services qu'ils reçoivent, par exemple, ou est-ce que les plans de thérapie médicale sont couverts par les régimes d'assurance-médicaments?

What portion of the mental health services that people in Alberta get is, in fact, not in the envelope because they are not publicly funded?

Mr. Block: I do not think I could give you a number today.

The Chairman: Any feel for it?

Mr. Block: I think it is high. The non-government organizations are certainly heavily involved in all aspects, but honestly Senator Kirby, I could not —

The Chairman: Are they part of your plan?

Mr. Block: They participated in that plan, yes.

Dr. Millar: In Nova Scotia, we are not addressing that issue very well for adults. Because of historical funding arrangements, housing for mental health clients comes under community services, because there were 50-cent dollars available to community services but not to health.

There is some private-practice psychology and social work available. When I said that 80 per cent is provided outside of the formal mental health system, most of that in Nova Scotia is still provided within the health system, however, it is provided by general practitioners, who often have not mental health training.

For children we have done a better job. It has been through the goodwill of people in the various departments. We have what is called a child and youth action committee, which has been in operation for about eight years. It started out with senior people from departments of education, justice, community services, and health getting together for coffee. It has grown to a formal structure where we meet every two weeks, and we develop joint plans for developing new programs. We implemented some this past year through health, but when we went to the cabinet table, all four departments went together and supported it.

We have been able to move the children's agenda forward somewhat. It is still very much underfunded, very much under-resourced, but there is some goodwill and intent to work together to try to develop the appropriate treatment services — residential services, in-school services and those sorts of things.

The Chairman: Do you have any documentation on your children's program that you could send us so that we can understand the structure and how it works?

Dr. Millar: I certainly could.

The Chairman: What do you do with the private sector groups that are out there that do not fall under the auspices of government?

Quelle part des services en santé mentale offerts aux Albertains n'entre pas dans l'enveloppe budgétaire, puisqu'ils ne sont pas financés par des fonds publics?

M. Block: Je ne sais pas si je pourrais vous donner un chiffre aujourd'hui.

Le président: Vous n'en avez aucune idée?

M. Block: Je pense que c'est beaucoup. Les organisations non gouvernementales jouent un rôle très important dans tous les aspects, mais honnêtement, sénateur Kirby, je ne pourrais pas...

Le président: Font-elles partie de votre plan?

M. Block: Oui, elles y ont participé.

Le Dr Millar: En Nouvelle-Écosse, nous ne nous attaquons pas très bien à ce problème pour les adultes. Étant donné les ententes de financement historiques, le logement des personnes atteintes de troubles mentaux relève des services communautaires car ces services étaient financés jusqu'à concurrence de 50 p. 100, mais pas la santé.

Des services de psychologues en pratique privée et de travailleurs sociaux sont également disponibles. Lorsque j'ai dit que 80 p. 100 échappaient au système de soins de santé mentale officiel, je dois ajouter que dans la plupart des cas, en Nouvelle-Écosse, ces services demeurent au sein du système de santé, toutefois ils sont fournis par des médecins généralistes qui n'ont souvent pas de formation adéquate en santé mentale.

Pour les enfants, nous avons fait un meilleur travail. C'est grâce à la bonne volonté des gens de différents ministères. Nous avons mis sur pied ce que nous appelons un comité d'action pour les enfants et les jeunes, qui fonctionne depuis environ huit ans. Il a pris forme quand des cadres des ministères de l'Éducation, de la Justice, des Services communautaires et de la Santé se sont réunis pour prendre un café et aborder les problèmes. Il s'est développé pour acquérir une structure formelle, et nous nous réunissons maintenant chaque deux semaines pour élaborer des plans conjoints et de nouveaux programmes. Nous en avons mis en oeuvre quelques-uns l'année dernière grâce au ministère de la Santé, et lorsque nous nous sommes présentés devant le Cabinet, les quatre ministères concernés se sont unis et ont appuyé l'initiative.

Cela nous a permis de faire quelques progrès. Néanmoins, nous souffrons toujours d'un sous-financement très important, nous manquons énormément de ressources, mais il y a de la bonne volonté et le souci de travailler en collaboration pour mettre au point les services de traitement appropriés — services d'hébergement, services dans les écoles et autres choses du genre.

Le président: Pourriez-vous nous envoyer de la documentation sur votre programme pour les enfants de façon à ce que nous comprenions bien sa structure et son fonctionnement?

Le Dr Millar: Certainement.

Le président: Que faites-vous avec les groupes du secteur privé qui sont sur le terrain mais qui ne travaillent pas sous l'égide du gouvernement?

Dr. Millar: We do not do anything. They are out there on their own. There are advocacy groups providing some services. I have what is called a mental health steering committee, which is the group that has developed our standards and strategic directions.

The Chairman: Does that include non-governmental people?

Dr. Millar: Yes, it does. It also includes direct consumers who sit on that steering committee and help us to make the policy.

The Chairman: Mr. Block, did you have direct consumers in the development of your plan?

Mr. Block: Yes. If I could add, within the plan we had 500 written submissions from the public. We felt that was quite a good response.

The Chairman: That is amazing.

Ms. Clarkson: The system in B.C., under health authorities for mental health and addictions, includes mental health boarding homes, residential, addiction supportive recovery, and addiction facilities. The community system — actually under health authorities — also includes a supported independent living program, which is providing supports into the home. There is also a rent supplement initiative, through B.C. Housing. The community side for mental health is about between \$450 million annualized to \$500 million.

We did a cross-sector look about three months ago, and B.C. spends just under \$1 billion each year across the full sector, which would mean our pharmacare program — because clients have access to plan G, and other benefits when they have low income — the medical services plan, the addiction services now under health authorities. In total, it is about \$1 billion or maybe 8 to 10 per cent of our total budget and growing. The Ministry of Health services has an annualized budget of more than \$9 billion.

The issue is not with the non-profits, because health authorities do RFPs and contracts. The majority of mental health boarding home and like services are contracted out. Health authorities contract for those, as they do for many of the addiction services, hence there is a partnership between health authorities and those non-profit agencies.

The Chairman: That tells me that a number of your services, although publicly funded, are farmed out to NGOs, maybe even some for-profits. That is not the issue, but they are farmed out.

Le Dr Millar: Nous ne faisons rien. Ils sont là de leur propre initiative. Ce sont des groupes de défense des intérêts qui fournissent certains services. J'ai ce que l'on appelle un comité directeur en santé mentale, qui est le groupe ayant élaboré nos normes et défini notre orientation stratégique.

Le président: Y a-t-il des gens du secteur non gouvernemental?

Le Dr Millar: Oui. Cela inclut également les consommateurs directs qui siègent à ce comité directeur et nous aident à préparer les politiques.

Le président: Monsieur Block, avez-vous fait appel directement à des consommateurs dans le développement de votre plan?

M. Block: Oui. Si je puis me permettre d'ajouter quelque chose, dans le cadre de l'élaboration de notre plan, nous avons reçu 500 propositions écrites du public. Nous considérons que c'est un très bon taux de réponse.

Le président: C'est incroyable.

Mme Clarkson: En Colombie-Britannique, pour les autorités sanitaires qui s'occupent de santé mentale et de toxicomanie, le système inclut des foyers pour les personnes atteintes de troubles mentaux, des centres d'hébergement, des aides pour la guérison des toxicomanes et des installations pour le traitement de la toxicomanie. Le système communautaire — qui dépend d'ailleurs des autorités sanitaires — applique également un programme de préparation à la vie autonome, qui accorde un soutien à domicile. Il existe également un volet «supplément de loyer» mis en oeuvre dans le cadre du programme de logement de la Colombie-Britannique. Les services communautaires en santé mentale représentent autour de 450 à 500 millions de dollars par année.

Il y a environ trois mois, nous avons fait une étude intersectorielle, et la Colombie-Britannique dépense un peu moins d'un milliard de dollars par année dans l'ensemble du secteur; cela comprend les services pharmaceutiques — parce que les clients à faible revenu ont accès au plan G et à d'autres prestations — les services médicaux et les services d'aide aux toxicomanes, qui relèvent maintenant des autorités sanitaires. Au total, cela représente environ un milliard de dollars ou peut-être 8 à 10 p. 100 de notre budget total, et cela ne cesse d'augmenter. Le ministère de la Santé dispose d'un budget annuel de plus de neuf milliards de dollars.

Ce ne sont pas les organismes à but non lucratif qui posent problème car les autorités sanitaires lancent des appels d'offres et signent des contrats avec eux. La plupart des services d'hébergement pour les personnes atteintes de troubles mentaux et d'autres services connexes sont donnés en sous-traitance. Les autorités sanitaires signent des contrats avec ces organismes, tout comme elles le font pour beaucoup des services fournis aux toxicomanes; il y a donc un partenariat entre les autorités sanitaires et ces organismes à but non lucratif.

Le président: Cela me dit que certains de vos services, même s'ils sont payés par l'État, sont fournis en sous-traitance par les ONG, dont certains, même, dans un but lucratif. Ce n'est pas la question, mais ils sont donnés en sous-traitance.

Are there pieces of the delivery that are not publicly funded? There is obviously a fair bit in the counselling area that is not publicly funded. They are not included in any way, shape or form in the mental health plan as such. Is that right?

Ms. Clarkson: I am not clear what you mean by “not included.”

The Chairman: Are the data that you have related to public expenditure? How much, in addition to the \$1 billion that you mentioned, would you guess individuals are paying for privately funded services? My guess is that it is a pretty big number.

Ms. Clarkson: Other sources include employee assistance programs, which have been reviewed recently but the report has not been released yet.

The Chairman: In B.C. or nationally?

Ms. Clarkson: In B.C. the report looks at workplace initiatives. A concern is how we will approach the issue of ensuring appropriate access to cognitive behavioural therapy. Currently, community mental health units have psychologists who provide that therapy. That is one area that has shown the most opportunity and promise in terms of evidence-based intervention. The private psychologist system is there and it is a healthy system, but if you do not have access to funding, you would be waiting at a community mental health unit for access. That is a real concern.

The Chairman: I assume that is true in the other two provinces, as well. I also assume that public funds are not used to access private counselling services?

Ms. Clarkson: A health authority is free contract for those services and some of them do.

The Chairman: In the same way companies hire employee assistance plans?

Ms. Clarkson: Exactly.

Senator LeBreton: Dr. Millar, you said something about stigma and the treatment of people with mental illness problems that we have heard repeatedly. Even in the hospitals, health care professional put them last on the list.

Australia seems to be so far ahead of us in on this particular issue. They were big on the national mental health literacy program — not only for the people who potentially might suffer these illnesses, but also for the public at large on the question of stigma.

My first question is addressed to Dr. Millar, however the others should feel free to jump in. In addition to starting with a very significant program of mental health literacy, is there some system that should be put in place in order to re-educate the health professionals? When we get people into the health care professions, is there an area into which we should be streaming a

Y a-t-il des éléments de services qui ne sont pas payés par l'État? De toute évidence, une bonne part de l'aspect consultation n'est pas financée par les contribuables. Ce n'est pas compris en aucune façon, sous aucune forme dans le plan pour la santé mentale en tant que tel. N'est-ce pas?

Mme Clarkson: Je ne comprends pas tout à fait ce que vous entendez par «pas compris».

Le président: Est-ce que les données que vous avez ont un rapport avec les dépenses de l'État? Combien, outre ce milliard de dollars dont vous avez parlé, d'après vous, les gens payent-ils pour des services offerts par le secteur privé? À mon avis, ce doit être beaucoup.

Mme Clarkson: D'autres sources comprennent les programmes d'aide aux employés, qui ont fait l'objet récemment d'un examen, mais le rapport n'a pas encore été publié.

Le président: En Colombie-Britannique, ou à l'échelle nationale?

Mme Clarkson: En Colombie-Britannique, le rapport s'intéresse aux initiatives en milieu de travail. On se préoccupe de la manière dont on pourra assurer un accès approprié à la thérapie cognitivo-comportementale. Actuellement, les services communautaires de santé mentale ont des psychologues qui offrent cette thérapie. C'est un domaine qui offre le plus de possibilités et de promesses, en fait d'intervention fondée sur des données probantes. Le réseau privé de psychologues existe et c'est un réseau sain, mais sans accès au financement, on doit attendre de pouvoir accéder à un service communautaire de santé mentale. C'est une préoccupation réelle.

Le président: Je suppose qu'il en est de même dans les autres provinces. Je suppose aussi que les fonds publics ne donnent pas accès aux services privés de consultation?

Mme Clarkson: Les autorités sanitaires sont libres d'offrir ces services en sous-traitance, et certaines le font.

Le président: De la même manière que les compagnies embauchent des services d'aide aux employés?

Mme Clarkson: Exactement.

Le sénateur LeBreton: Docteur Millar, vous avez dit quelque chose à propos de stigmatisation et du traitement des personnes qui ont des problèmes de santé mentale, dont nous entendons parler constamment. Même dans les hôpitaux, les professionnels de la santé les mettent au bas des listes.

L'Australie semble être tellement plus avancée que nous sur ce plan particulier. Ils ont beaucoup fait avec leur programme national de littératie sur la santé mentale — non seulement pour les gens qui pourraient souffrir de ces maladies, mais aussi pour le public en général, en ce qui concerne les stigmatisés.

Ma première question s'adresse au Dr Millar, mais les autres témoins sont invités à intervenir s'ils le veulent. À part le lancement d'un vaste programme de littératie sur la santé mentale, faudrait-il créer une espèce de système pour rééduquer les professionnels de la santé? Lorsqu'on accueille des gens dans les professions de la santé, y a-t-il un domaine vers lequel on devrait

specific number for training to deal with this huge, growing illness? People are trained for cardiac and other kinds of illnesses. Are we missing the boat, so to speak, on properly training health care professionals in mental health and mental illness area?

Dr. Millar: That is a very good question. Yes, we are missing the boat.

Take physician training, for example. Before a student physician has to make a choice for the Canadian residents matching service, he has not yet had a psychiatry rotation — he is lucky if he has had a general practice rotation. He has to make a decision on what he will spend the rest of his life.

When nursing was a three a three-year diploma program, students spent a significant amount of time in mental health nursing. Under the four-year bachelor program, some nurses can actually get through without taking any mental health training at all. Mental health has now become a post-graduate course.

In Nova Scotia, we recently stopped our post-graduate specialty program for mental health nursing. When I worked in Saskatchewan, they had registered psychiatric nursing programs; I think Alberta still does, but we do not have that anywhere else in the country. Training of our front line health providers is sadly lacking in mental health or psychiatry training.

You mentioned the Australian program. We were very fortunate to recruit Dr. Steven Kisley from Australia. He is heading up my anti-stigma committee in the province and trying to help us out. We planned to first tackle emergency rooms. We got such a backlash that we backed off and tackled the press instead. If you have been reading *Maclean's* and *National Post*, we made headlines on our crazy idea of checking up on the press. Some people were surprised at the reaction from the press. I was not. We hit a raw nerve, and they reacted like anyone does when a raw nerve is hit. It is a huge issue. Our training system has to change.

With shared care, where mental health professionals actually become part of primary care practices — be they social workers, psychologists or mental health nurses with input from psychiatrists working in general practice settings full-time. There is a chance there to start educating people with hallway consultations as well as the normal consultations in the coffee room chatter.

However, that needs to be expanded. It is happening slowly. We are moving in Nova Scotia to try to get some of that out.

acheminer un nombre particulier de personnes pour qu'elles reçoivent une formation pour composer avec ce mal de plus en plus répandu? Les gens reçoivent une formation pour les maladies cardiaques et d'autres types de maladie. Est-ce que nous manquons le coche, pour ainsi dire, d'une formation appropriée des professionnels de la santé dans le domaine de la santé mentale et des maladies mentales?

Le Dr Millar: C'est une excellente question. Oui, nous manquons le coche.

Prenez, par exemple, la formation d'un médecin. Quand un étudiant en médecine doit faire un choix pour le Service canadien de jumelage des résidents, il n'a même pas encore fait de stage en psychiatrie, et il a de la chance s'il a eu l'occasion de faire un stage en pratique générale. Il doit déjà prendre une décision qui engagera le reste de sa vie.

Lorsque les sciences infirmières étaient un programme du diplôme de trois ans, les étudiants passaient beaucoup de temps dans le domaine de la santé mentale. Avec le programme de baccalauréat de quatre ans, certains étudiants en sciences infirmières peuvent faire tout le cours sans recevoir la moindre formation en santé mentale. La santé mentale est maintenant un cours de cycle supérieur.

En Nouvelle-Écosse, nous avons récemment fermé notre programme de spécialisation de deuxième cycle en soins infirmiers-santé mentale. Lorsque je travaillais en Saskatchewan, ils avaient des programmes pour devenir infirmières ou infirmiers autorisés en soins psychiatriques; je pense que l'Alberta en a encore, même si cela n'existe nulle part ailleurs dans le pays. La formation de nos fournisseurs de soins santé de première ligne manque lamentablement de formation en santé mentale ou en psychiatrie.

Vous avez parlé du programme australien. Nous avons eu la chance de pouvoir recruter le Dr Steven Kisley, de l'Australie. Il dirige mon comité antistigmaté dans la province, et il essaie de nous aider. Nous comptons nous attaquer d'abord aux salles d'urgence. La réaction a été si brutale que nous avons dû faire marche arrière et commencer, plutôt, par les médias. Si vous avez lu *Maclean's* et le *National Post*, nous avons fait les manchettes avec notre idée folle de faire l'examen des médias. Certaines personnes se sont étonnées de la réaction des médias. Pas moi. Nous avons touché un nerf sensible, et ils ont réagi comme n'importe qui le ferait quand un nerf sensible est touché. L'enjeu est énorme. Notre système de formation doit changer.

Avec le partage des soins, où les professionnels de la santé s'intègrent réellement aux pratiques de soins primaires — que ce soit des travailleurs sociaux, des psychologues ou des infirmiers et infirmières en santé mentale, avec une participation de psychiatres qui travaillent dans un contexte généraliste à temps plein. C'est là qu'il y a une possibilité de commencer à éduquer les gens dans le cadre des entretiens de couloir et des dialogues pendant la pause-café.

Cependant, il faut élargir la démarche. Cela se fait lentement. Nous nous efforçons, en Nouvelle-Écosse, de répandre cette pratique.

Mr. Block: One of our board members is the new Dean of Medicine at the University of Alberta. He is interested in seeing us advance training and education for general physicians. He would love to work in collaboration with other interested provinces.

I met yesterday with the members of the Canadian Medical Association. We were talking about putting together a national committee agenda on this area. We think it is worthy of federal support. We will be issuing letters from the CMA, and probably the CPA, requesting participation from all the provinces some time later this fall.

Ms. Sandra Harrison, Executive Director, Planning, Advocacy and Liaison, Alberta Mental Health Board: When we developed the Alberta provincial mental health plan very recently, we did involve academics. We also involved people who are teaching nurses, doctors and psychologists. We asked them the questions that you are asking. These are difficult questions to answer.

It became clear to us that the academic stream is not always in synch with the demand and need in the field. We have agreed that we need to work more closely to think about trends coming up: What is the demand and need for certain professions? Are the schools getting ready for that? Are they responding to the real needs or what they think they might be? There is some disconnect.

We involved community groups in our planning process. They told us that there is a big untapped resource in the area of the development of the children's mental health framework and the provincial mental health plan. They told us that they could be part of the mental health workforce and provide support for what is being done. They can also help communities and children. We identified that we can help those community groups with some training.

I always feel a need to jump in when we talk about training professionals in order to expand the thinking a little bit. There are others outside particular groups of professionals who can be a tremendous resource in the area of mental health, especially when we talk about expanding mental wellness to include the determinants of health and community wellness as well.

Ms. Clarkson: In British Columbia, the BCSS, the British Columbia Schizophrenia Society has been getting their tool kits into schools and working with youth. Some of the research shows that kids' attitude on addiction, use of alcohol and other substances is set by grade four. What they believe to be acceptable behaviour is set that early. It is interesting that we teach them about the Canada food groups but we do not teach them about the mental health food groups. What is good for one's mental health? What coping skills can one have?

M. Block: L'un de nos administrateurs est le nouveau doyen de département de médecine de l'Université de l'Alberta. Il aimerait nous voir faire des progrès en matière de formation et d'éducation des médecins généralistes. Il aimerait beaucoup travailler en collaboration avec d'autres provinces intéressées.

J'ai rencontré, hier, les membres de l'Association médicale canadienne. Nous parlions de dresser un programme pour un comité national sur la question. Nous pensons que cela mérite le soutien du gouvernement fédéral. Un peu plus tard, à l'automne, nous allons envoyer des lettres de l'AMC, et probablement de l'APC, pour demander la participation de toutes les provinces.

Mme Sandra Harrison, directrice exécutive, Planification, défense des droits et liaison, Alberta Mental Health Board: Lorsque nous avons conçu le régime de santé mentale provincial de l'Alberta, tout récemment, nous y avons fait participer les universités. Nous avons eu aussi l'apport de gens qui enseignent aux infirmières et infirmiers, de médecins et de psychologues. Nous leur avons posé les questions que vous posez. Ce sont des questions difficiles.

Il nous est apparu clairement que le milieu universitaire n'est pas toujours très au fait de la demande et du besoin, en la matière. Nous nous sommes entendus qu'il nous faudra collaborer plus étroitement pour réfléchir aux tendances qui se profilent à l'horizon: Quelle est la demande, quels sont les besoins relativement à certaines professions? Est-ce que les écoles s'y préparent? Est-ce qu'elles répondent aux besoins réels, ou encore à ce qu'elles pensent qu'ils doivent être? Il y a une certaine déconnexion.

Nous avons fait participer des groupes communautaires à notre processus de planification. Ils nous ont dit qu'il y a une immense ressource non exploitée, relativement à l'élaboration d'un cadre de santé mentale des enfants, et du régime de santé mentale provincial. Ils nous ont dit qu'ils pourraient faire partie de l'effectif de la santé mentale et apporter leur soutien à ce qui se fait. Ils peuvent aussi aider les communautés et les enfants. Nous avons déterminé que nous pouvons aider ces groupes communautaires en leur offrant une certaine formation.

Je ressens toujours le besoin d'intervenir lorsqu'on parle de former les professionnels pour ouvrir un peu le mode de pensée. Il y a d'autres groupes extérieurs particuliers de professionnels qui pourraient être une énorme ressource dans le domaine de la santé mentale, particulièrement lorsqu'on parle d'élargir le concept de santé mentale pour englober les déterminants de la santé et du bien-être communautaire.

Mme Clarkson: En Colombie-Britannique, la BCSS, la British Columbia Schizophrenia Society, a diffusé ses trousseaux d'outils dans les écoles, et travaille avec les jeunes. Certaines recherches démontrent que les attitudes des enfants relativement à la toxicomanie, à la consommation d'alcool et d'autres substances, se développent dès la quatrième année de scolarité. Leur perception de ce qui peut être un comportement acceptable commence déjà là. Il est curieux que nous leur parlions, dans notre enseignement, des groupes d'aliments du Canada, mais pas

In B.C., the Ministry for Family and Child Development have a real cool tool kit that will be put into every school in B.C. that is similar to a program that was launched in Australia. It teaches kids at the grade level of four how to manage anxiety. What is stress? What is anxiety? What are the coping skills? Australia has had really good results.

We need to remember that an adult chooses to go into a certain field. However, most of our attitudes are formed very young. By the time we are teenagers, we are quite set in our ways about many of our beliefs. It is much more difficult to change beliefs later through mental health literacy for adults than to give children and youth training in mental health literacy.

I must give kudos to the Ministry for Child and Family Development in B.C. and the education system because they are beginning to think differently about how we support youth to gain skills instead of just screening them for early signs of illness. That is such a different approach.

Senator LeBreton: British Columbia appears to be well-engaged in health care reform. When I listened to you speaking I was glad my son and my two grandchildren live in British Columbia.

Each of you is making great progress, obviously, in your own provincial jurisdictions. Is there any capacity, at the present time, for you to share your information with each other? What kind of system is in place to share what is being done in B.C. with Alberta or Nova Scotia? Is there any oversight body at all? Perhaps Dr. Millar could start.

Dr. Millar: I was the chair of the Advisory Network on Mental Health, which is no longer funded by the Council of Deputy Ministers of Health. That group continues to meet twice a year at various venues in the country. Those who host the meeting show off the things that they are doing. Things of interest from other parts of the country are shared.

The mental health strategy document that Nova Scotia developed was based on a strategy that B.C. developed a couple of years ago. Our standards have been shared at those meetings and at CPA meetings.

As I say, with the lack of funding and the provinces cutting back on travel, it is very difficult for some of the smaller provinces to attend those meetings and to get the information. We still send it to them, but it is certainly much better when people are there.

des groupes d'aliments de la santé mentale. Qu'est-ce qui est bon pour la santé mentale? Quelles habiletés d'adaptation peut-on avoir?

En Colombie-Britannique, le Ministry for Family and Child Development a une trousse d'outils vraiment intéressante qui sera distribuée à toutes les écoles de la Colombie-Britannique, et qui est similaire à un programme qui a été lancé en Australie. C'est pour enseigner aux élèves de quatrième année la gestion de l'anxiété. Qu'est-ce que le stress? Qu'est-ce que l'anxiété? Qu'est-ce que les habiletés d'adaptation? L'Australie a obtenu d'excellents résultats.

Nous ne devons pas oublier qu'un adulte choisit son orientation. Cependant, la plupart de nos attitudes se forment quand nous sommes très jeunes. Déjà, à l'adolescence, une bonne partie de nos convictions sont déjà bien ancrées. Il est beaucoup plus difficile de changer les convictions plus tard par des mesures de littératie sur la santé mentale s'adressant aux adultes plutôt que d'offrir de l'information et une formation aux jeunes et aux enfants sur la santé mentale.

Je lève mon chapeau au Ministry for Child and Family Development de la Colombie-Britannique, et à son système d'éducation, parce qu'ils commencent à modifier leur mode de pensée sur la manière dont nous pouvons aider les jeunes à acquérir des habiletés plutôt que de chercher à reconnaître chez eux les signes précurseurs de la maladie. C'est une approche tellement différente.

Le sénateur LeBreton: La Colombie-Britannique semble très engagée dans la réforme de la santé. À vous écouter, je me réjouis que mon fils et mes deux petits-enfants vivent en Colombie-Britannique.

Vous faites, chacun d'entre vous, de toute évidence, de grands progrès, dans vos propres administrations provinciales. Y a-t-il moyen, actuellement, que vous puissiez mettre en commun l'information que vous avez? Quel genre de système existe pour mettre en commun ce qui se fait en Colombie-Britannique, avec l'Alberta ou la Nouvelle-Écosse? Existe-t-il le moindre organe de supervision? Peut-être le Dr Millar pourrait-il répondre le premier.

Le Dr Millar: J'étais président du Réseau de consultation sur la santé mentale, qui n'est plus, désormais, financé par le Conseil des sous-ministres de la Santé. Ce groupe continue de se réunir deux fois l'an, en des endroits divers dans le pays. Les hôtes de la réunion montrent ce qu'ils font. Les éléments d'intérêt d'autres parties du pays sont mis en commun.

Le document de stratégie sur la santé mentale qu'a rédigé la Nouvelle-Écosse était fondé sur une stratégie conçue en Colombie-Britannique il y a deux ou trois ans. Nous avons expliqué nos normes à ces réunions et aux réunions de l'ACP.

Comme je le disais, avec le manque de financement et les mesures d'austérité qu'adoptent les provinces pour les voyages, il est très difficile pour certaines des provinces aux moyens plus modestes d'assister à ces réunions et d'obtenir l'information. Nous la leur envoyons, mais c'est toujours beaucoup mieux d'être sur place.

Senator LeBreton: It is driven more by your own interest and commitment.

Dr. Millar: It is guerrilla warfare.

Senator LeBreton: That is a sad commentary, is it not?

Senator Callbeck: Continuing on that subject, you mentioned that the council of deputy ministers has withdrawn its support of trying to bring mental health workers across the country together.

Did they withdraw support because of financial reasons? Was it not a priority? Is there a better way to do this?

Dr. Millar: It is my understanding that the reasons were financial. I also used to sit on the committee for medical genetics. It also lost its funding as a result of other priorities and restricted funding.

Senator Callbeck: How long did this committee, which was trying to bring mental health policy matters together, exist?

Dr. Millar: I have only been involved for last three years, but it was around for at least ten years. They lost their funding about four years ago.

Senator Callbeck: Were they making progress?

Dr. Millar: I think so. We are still sharing. We have come out with a tool kit for performance measurement, which was done after the funding was cut.

Ms. Clarkson: It is difficult for committees like that to justify what is progress. If we learn from each other, and we challenge each other, then that, for us, is progress. However, there is a need in bureaucracy, for whatever reason, to create documents. If we create documents, it tells people we are doing something. Right?

That is not a bad thing; it is a good thing. However, it is difficult to keep cranking out documents so people know you are really doing something. Perhaps we should have production of documents once every five years as our criteria. The committee makes more progress in terms of challenging our thinking and supporting each other in our work.

Times have been tough across government. In our ministry, we now only have eight people on our team. We used to have 23 people. To get challenges to your thinking, you have to look to others, because people in your own ministry who are interested in mental health and addictions may have a certain knowledge level and you need others with a different knowledge level to challenge you. It is hard to find that because mental health and addictions are such niche areas in respect of the entire mental health system of care. You need to find people to think with.

That is the importance of creating a pan-Canadian strategy. It will bring many minds together long enough to challenge one another and come out with something of quality. Otherwise, we

Le sénateur LeBreton: C'est plus stimulé par votre propre intérêt et votre engagement.

Le Dr Millar: C'est une guerre de partisans.

Le sénateur LeBreton: C'est un triste commentaire, ne pensez-vous pas?

Le sénateur Callbeck: Si on reste sur le sujet, vous avez dit que le Conseil des sous-ministres a retiré son appui à l'effort de rassemblement des travailleurs de la santé mentale du pays.

Est-ce qu'il a retiré son soutien pour des raisons financières? Est-ce que ce n'était pas une priorité? Y a-t-il meilleur moyen de faire?

Le Dr Millar: À ce que j'ai compris, c'était pour des motifs d'ordre financier. J'ai déjà aussi siégé au comité de médecine génétique. Il a aussi perdu son financement en raison d'autres priorités et de compressions budgétaires.

Le sénateur Callbeck: Combien de temps a existé ce comité, qui essayait de constituer une politique sur la santé mentale?

Le Dr Millar: Je n'y siége que depuis trois ans, mais il existe depuis au moins dix ans. Son financement a été interrompu il y a environ quatre ans.

Le sénateur Callbeck: Est-ce qu'il fait des progrès?

Le Dr Millar: Je le pense. Nous continuons de partager. Nous avons créé une trousse de mesures du rendement et cela s'est fait après l'interruption du financement.

Mme Clarkson: Il est difficile pour les comités comme celui-là de justifier la nature de ses progrès. Si nous apprenons l'un de l'autre, si nous nous posons des défis l'un à l'autre, alors, pour nous, c'est un progrès. Cependant, la bureaucratie exige, pour des raisons qui lui sont propres, que des documents soient créés. Si nous créons des documents, cela montre aux gens que nous faisons quelque chose. N'est-ce pas?

Ce n'est pas une mauvaise chose; c'est plutôt une bonne chose. Cependant, il est difficile de continuer d'émettre des documents pour que les gens sachent qu'on fait vraiment quelque chose. Peut-être devrions-nous avoir pour critère la production de documents une fois par cinq ans. Le comité fait plus de progrès au titre de la stimulation de la réflexion et du soutien mutuel dans nos travaux.

Les temps ont été durs pour tous les gouvernements. À notre ministère, notre équipe nous ne compte maintenant plus que huit personnes. Nous étions 23, auparavant. Pour stimuler la réflexion, il faut regarder ce que font les autres, parce que les gens de notre propre ministère qui s'intéressent à la santé mentale et à la toxicomanie peuvent avoir un certain degré de connaissances, et il faut d'autres personnes, avec des connaissances différentes, pour stimuler la réflexion. Il est difficile de trouver cela, parce que la santé mentale et les toxicomanies sont des domaines tellement spécialisés dans l'ensemble du système de soins de santé mentale. Il faut trouver des gens avec qui réfléchir.

D'où l'importance de créer une stratégie pancanadienne. Cela permettra de rassembler de nombreuses personnes pendant assez longtemps pour se stimuler les uns les autres et qu'il en ressorte

do operate by chugging along. Meeting twice a year good, but I do not know if that frequency would ever bring about a pan-Canadian strategy.

Senator Callbeck: You mention that several provinces have continued to support the Advisory Network on Mental Health. Which provinces are not supporting that?

Dr. Millar: Quebec does not attend. Newfoundland attended once in the four years. Prince Edward Island gets there when it can. Nova Scotia, New Brunswick, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta, and British Columbia attend regularly. The territories have limited funds and have not been coming recently.

Ms. Clarkson: Nunavut did come at one time but they have not had the resources to attend. Their budget is very small; two meetings would absorb their entire travel budget.

When the funding was withdrawn, it truly meant that certain provinces could not participate.

Senator Callbeck: Mr. Block, you mentioned federal investment and the education of mental health workers, including community workers is required. Are you talking about a particular role for the federal government or just giving the cash? How will the provinces feel about this?

Mr. Block: There could be a federal role in that involvement. The demographics have increased the demand for mental health workers. We have to ramp ourselves up for that.

I have been talking in the realm of partnerships, collaboration and so on. Yes, I think there is a role for the federal government to play.

Senator Callbeck: What role do you see?

Mr. Block: The federal government once had a department specifically for mental health, but it no longer exists. There are people at the federal level involved in various areas of mental health. Perhaps the first step is to bring back the federal department for mental health. That could play the coordination role of bringing the parties together.

The Chairman: Was there actually a federal department of mental health or was there not a branch or something in the federal department?

Dr. Millar: There was a branch in the health department.

The Chairman: That branch does not exist any more; is that correct?

Dr. Millar: They have been scattered throughout the department.

The Chairman: There is no federal focus at all on the mental health system. How long ago did that happen? We can find out, but you might know.

Dr. Millar: Two years ago, I think.

quelque chose de qualité. Autrement, on ne fait que suivre péniblement le mouvement. Il est bon de se réunir deux fois par année, mais je ne suis pas sûr que cette fréquence puisse vraiment aboutir à une stratégie pancanadienne.

Le sénateur Callbeck: Vous dites que plusieurs provinces ont continué d'appuyer le Réseau de consultation sur la santé mentale. Quelles provinces ne l'appuient pas?

Le Dr Millar: Le Québec n'y participe pas. Terre-Neuve a assisté à nos travaux une fois en quatre ans. L'Île-du-Prince-Édouard y vient quand elle peut. La Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique y assistent régulièrement. Les territoires ont un budget limité et on ne les a pas vus récemment.

Mme Clarkson: Le Nunavut y a assisté une fois, mais il n'a pas les ressources nécessaires pour participer. Son budget est très limité; deux réunions absorberaient l'intégralité de son budget de voyage.

Lorsque les fonds ont été suspendus, le résultat réel est que certaines provinces ont dû cesser de participer.

Le sénateur Callbeck: Monsieur Block, vous avez parlé d'investissement fédéral et de l'éducation des travailleurs de la santé mentale, y compris les travailleurs communautaires. Est-ce que vous parlez d'un rôle particulier pour le gouvernement fédéral, ou seulement de financement? Qu'en pensent les provinces?

M. Block: Il pourrait y avoir une participation fédérale. La réalité démographique pousse à la hausse la demande de travailleurs en santé mentale. Nous devons nous y préparer.

J'ai parlé de partenariats, de collaboration, et cetera. Oui, je pense que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer.

Le sénateur Callbeck: Quel serait ce rôle?

M. Block: Le gouvernement fédéral a déjà eu un ministère de la Santé mentale, mais il n'existe plus. Il y a des gens, au niveau fédéral, qui oeuvrent dans divers domaines de la santé mentale. Peut-être la première chose à faire serait-elle de recréer le ministère de la Santé mentale. Il pourrait assumer le rôle de coordination, pour rassembler tous les intéressés.

Le président: Était-ce réellement un ministère de la Santé mentale, ou une direction, ou quelque chose du genre, d'un ministère fédéral?

Le Dr Millar: C'était une direction du ministère de la Santé.

Le président: Cette direction n'existe plus; c'est bien cela?

Le Dr Millar: Elle a été éparpillée dans tout le ministère.

Le président: Il n'y a pas d'accent particulier, au niveau fédéral, sur le système de santé mentale. Quand cela est-il arrivé? Nous pourrions nous renseigner, mais peut-être le savez-vous.

Le Dr Millar: Il y a deux ans, je pense.

The Chairman: Ms. Clarkson and Dr. Millar, could you respond to Senator Callbeck's question about what role you would see the federal government playing, assuming we could talk them into playing one? Recognizing that the provinces deliver the services, what is a potential federal role in the broad mental health area?

Ms. Clarkson: I have a perspective that is shaped by our culture and experience in B.C. I see the federal role is even more difficult than the role of our ministry — that is, stewardship of the mental health and addiction system of care. That means learning different approaches as to how you can set policy or incentives that create a path or direction that provinces are not only willing to follow, but also believe that it will reach certain outcomes.

The old way of doing things such as 50-cent dollars, getting community agencies to bid on grants, not involving the province, conflicting priorities and so forth caused a scattering of limited resources and caused people to head off in unique little directions. The national drug strategy was very nicely written. On the other hand, the approach to some of the funding and the way it is going, does not create the critical capacity in certain areas that will push you ahead. It appears that the federal government would benefit by rethinking how to support a devolved system to make the changes that will benefit all Canadians. That is a different kind of thinking than the old, "Let's give them some money."

Senator LeBreton: One of you suggested that there should be laws passed to reduce stigma. That would obviously be something for the federal government. What kind of law would that be? Where would it sit within the existing structure?

Dr. Millar: I raised that. I meant that we need to look at all of our laws to ensure that they are not discriminating against mental health consumers. The example I used was Transport Canada's regulations. We see it in all sorts of outdated legislation. That is not just federal, it is provincial. We still have the Insane Persons Act, in Nova Scotia, and other acts that use very inappropriate language.

I do not see a special act saying that mental health people will not be discriminated against, but we need to look at every piece of legislation and adjust the legislation to remove that stigma.

Senator LeBreton: Sensitizing would be one way to move the subject to the public agenda and into the public awareness; would you agree?

Dr. Millar: Definitely.

Le président: Madame Clarkson et docteur Millar, pourriez-vous répondre à la question du sénateur Callbeck sur le rôle que vous voudriez voir au gouvernement fédéral assumer, si nous pouvions le convaincre d'en assumer un? En tenant compte du fait que les provinces fournissent les services, quel rôle potentiel pourrait jouer le gouvernement fédéral dans le domaine général de la santé mentale?

Mme Clarkson: Mon point de vue est le fruit de notre culture et de notre expérience, en Colombie-Britannique. Je vois, pour le gouvernement fédéral, un rôle encore plus difficile que celui d'un autre ministère, c'est-à-dire un rôle d'intendance du système de traitement de la santé mentale et de la toxicomanie. Cela veut dire qu'il faut mettre en oeuvre diverses approches sur la manière dont on peut créer des politiques ou des incitatifs qui constituent une voie ou une orientation que les provinces, non seulement, veulent bien suivre, mais aussi dont elles sont convaincues qu'elles auront un certain résultat.

La façon de faire d'avant, comme le dollar à 50 cents, l'obligation imposée aux organismes communautaires de faire des demandes de subvention, le manque d'engagement de la province, les priorités contradictoires, et cetera, ont causé un éparpillement des ressources limitées et amené les gens à adopter des orientations particulières et étroites. La Stratégie canadienne antidrogue était joliment rédigée. Par contre, l'approche, quant à certains financements et à la façon de le faire, ne crée pas la capacité critique, dans certains domaines, capable de stimuler le progrès. Il semble que le gouvernement fédéral gagnerait à reformuler sa pensée sur la manière d'appuyer un système dévolu pour apporter des changements dont bénéficieraient tous les Canadiens. C'est un mode de pensée différent de l'ancien, «Donnons-leur de l'argent».

Le sénateur LeBreton: L'un de vous a suggéré que des lois devraient être adoptées pour réduire les stigmates. Ce serait, de toute évidence, au gouvernement fédéral de le faire. Quel genre de loi serait-ce? Où s'insérerait-elle dans la structure actuelle?

Le Dr Millar: C'est moi qui en ai parlé. Je voulais dire qu'il nous faut examiner toutes nos lois pour nous assurer qu'elles ne sont pas discriminatoires à l'égard des consommateurs des services de santé mentale. L'exemple que j'ai employé était celui du règlement de Transports Canada. Nous voyons cela dans toutes sortes de lois dépassées. Ce n'est pas seulement qu'à l'échelle fédérale, il y en a aussi au niveau provincial. Nous avons encore l'Insane Persons Act, en Nouvelle-Écosse, et d'autres lois libellées dans un langage non approprié.

Je ne parle pas d'une loi particulière pour dire que les gens qui souffrent de troubles mentaux ne doivent pas faire l'objet de discrimination, mais il nous faut examiner chaque loi qui existe et la modifier pour en supprimer ce stigmate.

Le sénateur LeBreton: La sensibilisation serait un moyen d'amener le sujet au public, de leur faire prendre conscience; êtes-vous d'accord?

Le Dr Millar: Absolument.

Senator Morin: I am interested in the federal role. I read your document, Ms. Clarkson. It is typical. In your recommendations, you talk about funding, support, more resources, federal support, and so forth. We are returning to the traditional role of the federal government, which is for resources, funding and support. I see your point; it is conditional support. You are saying that it should not be an open 50 cents on the dollar, but it should have conditions and outcomes. I buy that. The provinces are responsible for the actual care and delivery of care.

The main thing here would be resources. I say that because many of the other witnesses, especially professional organizations, have felt that Canada should have a national action plan on mental health. Many of these matters are provincial, however a national action plan might dictate more of this type of care and more of that. I am not too sure the provinces would be that happy to have a number of strict regulations concerning the delivery of health care.

That is an important issue. In theory, everyone agrees it is a federal role. Everyone agrees there is a role on the resources side. If there is more than that, I would like to have your opinion on it.

Ms. Clarkson: When one works in mental health and addictions, one asks for more resources at every opportunity because it is an under-resourced area. That said, the role I would see for the federal government — and I am offering my personal view here, I am not speaking on behalf of the Government of B.C. — would be to address two things: First, learning more about a topic and seeing how it can benefit people. Second, providing some type of incentive.

The federal government sometimes misses opportunities to create quality evidence-based strategies that influence people's vision of how an outcome can be achieved and provide some type of guidance that would make a difference. In B.C., we are looking at how we support the change in the way that addiction services are provided.

We took a data run and matched the provincial health numbers of people receiving addictions services with those who were currently receiving community mental health services. There was a 70 per cent match. We told people that we have a 70 per cent match. That does not mean 70 per cent of mental health clients, it means 70 per cent of current addiction clients receiving services in the publicly funded system are already registered — that is, they have a mental health diagnosis.

People did not believe us. We ran it again and shared that information again. People are now saying that if that is true, it changes the way we need to think about our clients and services.

Le sénateur Morin: Je m'intéresse à ce rôle fédéral. Je lis votre document, madame Clarkson. Il est typique. Dans vos recommandations, vous parlez de financement, de soutien, de plus de ressources, d'appui fédéral, et cetera. Nous revenons au rôle traditionnel du gouvernement fédéral, qui est l'offre de ressources, le financement et le soutien. Je comprends ce que vous dites; c'est un soutien conditionnel. Vous dites que ce ne devrait pas être une garantie de 50 cents sur chaque dollar, mais qu'il faudrait des conditions et des résultats. Je suis d'accord. Les provinces assument la responsabilité des soins et de leur prestation.

L'élément principal, ici, ce serait les ressources. Je dis cela parce que bon nombre des autres témoins, particulièrement les organisations professionnelles, disent que le Canada devrait avoir un plan d'action national sur la santé mentale. Une grande partie de ces questions relève des provinces, mais un plan d'action national pourrait orienter mieux ce type de soins, offrir un meilleur soutien. Je ne suis pas si sûr que les provinces seraient très heureuses qu'on leur impose de stricts règlements au sujet de la prestation des soins de santé.

C'est un enjeu important. En théorie, tout le monde est d'accord que c'est un rôle qui revient au gouvernement fédéral. Tout le monde s'entend pour dire qu'il a un rôle à jouer au plan des ressources. Si ce doit être plus, j'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Mme Clarkson: Lorsqu'on travaille dans le domaine de la santé mentale et des toxicomanies, on demande plus de ressources à toutes les occasions qui se présentent, parce que c'est un domaine qui manque de ressources. Cela étant dit, vous voulez savoir quel rôle, selon moi, le gouvernement fédéral devrait jouer, et je vous donne mon opinion personnelle, je n'exprime pas l'avis du gouvernement de la Colombie-Britannique. Ce rôle serait sur deux plans: tout d'abord, il faut en apprendre plus sur le sujet et voir comment en faire bénéficier la population. Deuxièmement, il faut créer une espèce d'incitatif.

Il arrive que le gouvernement fédéral manque des occasions de créer des stratégies de qualité fondées sur des données probantes qui influencent la vision des gens sur la manière dont un résultat peut être obtenu et offrent une espèce d'orientation qui ferait une différence. En Colombie-Britannique, nous nous intéressons à un moyen d'appuyer le changement dans la manière dont les services de toxicomanie sont fournis.

Nous avons pris une série de données et nous avons établi une concordance entre les chiffres de la province sur les bénéficiaires de services de toxicomanie et ceux qui reçoivent actuellement des services de santé communautaire. La concordance était de 70 p. 100. Nous avons dit aux gens qu'il y a une concordance de 70 p. 100. Cela ne veut pas dire 70 p. 100 des clients des services de santé mentale, mais 70 p. 100 des clients qui reçoivent actuellement des services de toxicomanie du réseau financé par l'État qui sont déjà inscrits, c'est-à-dire qu'ils ont diagnostic de troubles mentaux.

On ne nous a pas cru. Nous avons refait la comparaison, et avons diffusé à nouveau l'information. Les gens disent maintenant que si c'est vrai, cela change la manière dont nous

We can change people's behaviour by showing them quality evidence that challenges their current beliefs. In respect of the importance of data, the federal government could put much more effort into creating the quality systems of indicators to actually change people's behaviour.

If you want a physician to behave differently with his mental health clients, he or she needs to know that 15 per cent of his or her unique clients are those with mental illness. Have physicians thought about that? Physicians need to know certain things. People do not normally access aggregate data on a regular basis. There is an opportunity for the federal government to support quality data and to use it constructively to help people think and behave differently.

Dr. Millar: In my small province — our premier may not agree — we are less concerned about who has jurisdiction and more concerned about ensuring that people get the services they need. We become concerned when the federal government gives money such as the Health Transition Fund, which funds a very nice project for 18 months and then pulls the rug out from underneath us and forces us to seek alternate funding when we are already in a great deal of difficulty.

I see a large role for the federal government in conducting the research on mental health and mental health policy that is required for the anti-stigma campaigns. A lot of money thrown at anti-stigma campaigns that is totally wasted because it is aimed at the wrong group or it is broad, mass media sort of stuff.

We need policy research. Ms. Clarkson complains about having only eight people. I have three — and two of those positions were vacant for two years — to do all of the work. I have formed partnerships with all our health districts and other organizations to be able to do that. However, I would like some support from a renewed mental health branch in Health Canada to do that national policy work and research and to develop a national database that we can access and share across the provinces — the indicators that Ms. Clarkson talked about.

In my view, that can be done nationally without stepping on anyone's toes and getting into provincial jurisdiction. If you want to send money, that is fine too. Just make sure there are strings attached to ensure that it is spent on mental health and not something else.

Mr. Block: I am not sure we need a national action strategy per se. However, coming together on points of common interest such as research, a common database, best practices and so forth would be a good place to start. However, I do not see that as a full, complete national strategy. It seems to me you have to walk before you can run. I would start with some points of common interest.

devons voir nos clients et nos services. On ne peut pas changer le comportement des gens en leur montrant des données de qualité qui remettent en question leurs convictions actuelles. Pour ce qui est de l'importance des données, le gouvernement fédéral pourrait faire beaucoup plus d'efforts pour créer les systèmes d'indicateurs de qualité pour réellement changer le comportement des gens.

Si vous voulez qu'un médecin se comporte autrement avec ses clients qui ont des troubles mentaux, il faut qu'il sache que 15 p. 100 des membres de sa clientèle même souffrent de maladies mentales. Est-ce que les médecins y ont pensé? Les médecins ont besoin de savoir certaines choses. Les gens ne consultent pas normalement les données cumulatives de façon régulière. Le gouvernement fédéral a une occasion d'appuyer des données de qualité et de les employer de façon constructive pour aider les gens à penser et à se comporter autrement.

Le Dr Millar: Dans ma petite province — notre premier ministre ne sera peut-être pas d'accord — nous nous préoccupons moins de compétence territoriale et plus de nous assurer que les gens reçoivent les services dont ils ont besoin. Nous nous inquiétons lorsque le gouvernement fédéral donne de l'argent, comme le Fonds pour l'adoption des services de santé, qui finance un très joli petit projet pendant 18 mois, pour ensuite nous tirer le tapis de sous les pieds et nous forcer à chercher d'autres modes de financement lorsque nous vivons déjà de grandes difficultés.

J'envisage, pour le gouvernement fédéral, un rôle plus grand dans la conduite de la recherche sur la santé mentale et la politique en matière de santé mentale, laquelle est nécessaire pour les campagnes de lutte contre le stigmate. Beaucoup d'argent est investi dans de telles campagnes, et c'est peine perdue parce qu'elles visent le mauvais groupe ou que c'est le genre de vaste campagne médiatique.

Il nous faut de la recherche sur les politiques. Mme Clarkson se plaint de n'avoir que huit personnes. Nous en avons trois — et deux de ces postes ont été vacants pendant deux ans — pour faire tout le travail. J'ai formé des partenariats avec tous nos districts de la santé et d'autres organisations pour pouvoir le faire. Cependant, j'aimerais avoir un appui d'une direction renouvelée de la santé mentale à Santé Canada pour faire ce travail sur la politique nationale et de recherche, et pour concevoir une base de données nationale à laquelle nous pourrions accéder et que nous mettre en commun entre les provinces — les indicateurs dont Mme Clarkson a parlé.

À mon avis, cela peut se faire à l'échelle nationale sans empiéter sur le territoire de quiconque, ni sur la compétence provinciale. Si vous voulez envoyer de l'argent, tant mieux. Veuillez seulement à y lier des conditions pour vous assurer qu'il soit dépensé sur la santé mentale, et rien d'autre.

M. Block: Je ne suis pas sûr qu'il nous faille une stratégie d'action nationale en tant que telle. Cependant, ce serait un bon début que de réunir nos efforts sur les points d'intérêt commun comme la recherche, une base de données commune, les pratiques exemplaires, et cetera. Je ne considère toutefois pas cela comme une stratégie nationale exhaustive et intégrale. Il me semble qu'avant de nous

Senator Fairbairn: This has been a wonderful presentation from all of you today. What you are talking about is absolutely huge. I am listening to you talk about a pan-Canadian strategy for a national mental health literacy program. You say that ongoing improvement of mental health literacy in communities cannot be overstated, and you talk about how empowerment through information can be a powerful lever for change and beliefs, attitudes, reduced health care utilization, appropriate help-seeking behaviours and how we treat fellow citizens.

Not too many months ago, the human resources committee in the House of Commons for the first time in history did a study and produced a report calling for a pan-Canadian strategy for literacy across this country. Their conclusion, along with what you have said here today, has been incredibly interesting. You have told us that, within your very elevated community, there is a desperate need for better understanding among all of your practitioners, researchers and health professionals of exactly what it means to deliver mental health to individuals.

On the other side of the coin, I am suggesting to you an equally important part of that is that you have to then transmit that to Canadian citizens. Over 40 per cent of the adults that we have in Canada have difficulty every day in routine reading, writing and numeration — functional tasks that we take for granted. Put all that together and we just do not have a problem but we have an incredible opportunity.

I have been involved in this other part of the equation now for 20 years. The first time I got riled up about literacy — when I discovered what a problem it was, through a Senate committee — I was going out to change the world in Canada. The first speaking opportunity I was given came from the Mental Health Association in Alberta. They asked me to come to their provincial conference in Calgary and talk about literacy. Even back then, there was a meshing of the need for your side of the equation to understand its literacy better and the tremendous need to build linkages on the part of the patient — the individual in Canada.

You talked about how the consultation group comprising the deputy ministers of health has drifted off a bit for lack of financing. It would be a wonderful thing to get the board of the deputy ministers of health and the board of the deputy ministers of education — who are being tasked with this other part of the issue — together at some point to find the best way through it.

Mr. Chairman, it strikes me as such an important part of what you are doing — wanting to do, trying to do — to understand that the people you are trying to do it for, a huge majority of them are having the very same problem in their area. I have to hand it to the Public Health Association of Canada for picking this up. For the second time in about three or

mettre à courir, nous devons faire nos premiers pas. Il faudrait commencer, selon moi, avec les éléments d'intérêt commun.

Le sénateur Fairbairn: Vous avez tous fait une merveilleuse présentation, aujourd'hui. Ce dont vous parlez est énorme. Je vous écoute parler d'une stratégie pancanadienne relativement à un programme national d'information sur la santé mentale. Vous dites qu'on ne pourrait trop insister sur l'amélioration continue de la littératie sur la santé mentale dans la collectivité, et vous dites que l'habilitation par l'information peut être un levier puissant du changement des croyances, des attitudes, de l'utilisation réduite des soins de santé, des comportements appropriés de recherche d'aide et de la manière dont nous traitons nos concitoyens.

Il y a quelques mois seulement, le Comité des ressources humaines de la Chambre des communes, pour la première fois dans son histoire, a fait une étude et rédigé un rapport prônant une stratégie pancanadienne de littératie dans tout le pays. Sa conclusion, semblable aux propos que vous avez tenus ici aujourd'hui, a été très intéressante. Vous nous avez dit que, dans votre communauté très distincte, on ressent désespérément le besoin d'une meilleure compréhension parmi tous les praticiens, les chercheurs et les professionnels de la santé, sur ce que signifie exactement la prestation de soins de santé mentale.

Le revers de la médaille, selon moi, c'est qu'il est tout aussi important que vous le fassiez comprendre aussi aux citoyens du Canada. Plus de 40 p. 100 des adultes du Canada éprouvent quotidiennement des difficultés à lire, écrire et compter, ces habilités fonctionnelles que nous prenons pour acquis. Si on met tout cela ensemble, nous n'avons pas seulement un problème, mais aussi une incroyable opportunité.

Je m'intéresse à cette autre part de l'équation depuis plus de 20 ans. La première fois que je me suis enragée à propos de l'alphabétisation — lorsque j'ai pris conscience de l'ampleur du problème, à un comité du Sénat — j'ai voulu changer le monde au Canada. La première occasion que j'ai eue d'en parler m'a été donnée la Mental Health Association de l'Alberta. On m'a demandé de venir parler, à une conférence provinciale tenue à Calgary, de l'alphabétisation. Même alors, il y avait un rapport entre la nécessité pour votre côté de l'équation de mieux comprendre sa littératie et l'énorme besoin du patient et de l'individu au Canada d'établir des liens.

Vous avez dit que le groupe de consultation composé des sous-ministres de la santé s'était un peu éparpillé, à cause d'un manque de financement. Il serait merveilleux de pouvoir réunir le conseil des sous-ministres de la Santé et celui des sous-ministres de l'Éducation, qui sont chargés de cet autre aspect de la question, à un moment donné, pour trouver le meilleur moyen de régler cela.

Monsieur le président, cela m'apparaît comme un élément tellement important de ce que vous faites — de ce que vous voulez faire, de ce que vous essayez de faire — de comprendre que les gens pour qui vous essayez de le faire, une grande majorité d'entre eux, ont exactement le même problème dans leur domaine. Je lève mon chapeau à l'Association d'hygiène publique du

four years, at their national convention coming up in the fall, this whole question of literacy will be one of the key parts of the discussion.

It is a question of trying to help each other. Your work in mental health and removing its stigma is very tough. Have you come across this other part of the literacy issue — that it how difficult it is not only for your own people to understand everything they are doing, but also in communicating it to the people you want to help?

Ms. Clarkson, have you ever tuned in with Literacy B.C., which does a lot of work in this area?

Ms. Clarkson: There are specific types of literacy. There is literacy in the sense of one's ability to read and to comprehend information. Then there is health literacy. Then there is mental health literacy. There has been some good research in the United States. I can send the information to you.

This researcher interviewed clients following their visits to their physician's offices to assess how many of them understood what their physicians said to them. We have some serious issues in health literacy — literacy period — and in mental health literacy. The ability of any health professional to transmit information is severely limited by the very fact that we do not even address how to give information to people at different levels of literacy. You do not have to necessarily change the person's level of literacy, but you do need to recognize it and give information appropriate to that level of literacy. One of our key goals is to create information at different levels and in different modes. You do not always have to use the written word. You can use pictures, you can use a video, and you can use posters that take persons through different steps.

The challenge of mental health literacy is complex because research shows that many of our clients have a lower literacy level as a result of the impact their illness has had on their ability in school and their ability to continue to read and develop those skills. Therefore, we have some extra challenges to increase mental health literacy.

I think there is a role for the federal government in mental health literacy, because health literacy should be at the federal level — general basic information in multiple formats, in multiple ways. Why is every province trying to do this? We should be working together. Health literacy is always based on the federal and provincial support. The provinces manage the education system to create literate citizens, so it does tie together. I certainly see a role for the federal government in terms of literacy, health literacy and mental health literacy.

Dr. Millar: Ms. Clarkson is talking about a recent study in mental health. Some years ago when I was in medical school, a study was done on GP's offices. That study revealed that even

Canada pour l'avoir reconnu. Pour la deuxième fois entre trois ou quatre ans, à son congrès national qui doit avoir lieu à l'automne, toute cette question de littératie sera un thème central de la discussion.

C'est question d'essayer de s'entraider. Votre travail en santé mentale, et pour éliminer ce stigmate, est très difficile. Avez-vous eu affaire à cet autre aspect du problème de littératie, c'est-à-dire la mesure dans laquelle il est difficile non seulement pour nos propres de gens de comprendre tout ce qu'ils font, mais aussi de le communiquer à ceux que vous voulez aider?

Madame Clarkson, avez-vous déjà été en communication avec Literacy B.C., qui fait beaucoup de travail dans ce domaine?

Mme Clarkson: Il y a des types particuliers de littératie. Il y a la littératie dans le sens de l'alphabétisation, la capacité de quelqu'un de lire et de comprendre l'information. Il y a aussi la littératie en matière de santé. Il y a la littératie en matière de santé mentale. De bonnes recherches ont été faites aux États-Unis. Je pourrais vous envoyer l'information.

Ce chercheur a interrogé des clients à la suite de leur visite au cabinet de leur médecin, pour évaluer combien d'entre eux comprenaient ce que leurs médecins leur avaient dit. Nous avons de sérieux problèmes en matière de littératie sur la santé — la période de littératie et la littératie en santé mentale. La capacité de tous professionnels de la santé de transmettre l'information est gravement limitée par le fait même que nous ne nous arrêtons même pas à la manière de transmettre l'information aux gens de niveaux d'alphabétisation divers. On ne doit pas forcément changer le niveau d'alphabétisation des gens, mais il faut reconnaître ce niveau et donner l'information en fonction de lui. L'un de nos principaux objectifs est de créer de l'information à divers niveaux et par divers moyens. On n'est pas toujours obligé d'employer le mot écrit. On peut utiliser des images, une vidéo, des affiches pour illustrer les diverses étapes pour certaines personnes.

Le défi de la littératie en santé mentale est complexe, parce que les recherches démontrent que bon nombre de nos clients sont moins alphabétisés en conséquence de l'incidence de leur maladie sur leur capacité d'apprentissage, et sur leur capacité de continuer de lire et de perfectionner ces compétences. Par conséquent, nous avons des défis supplémentaires à relever si on veut accroître la littératie en santé mentale.

Je pense que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer en matière de littératie sur la santé mentale, parce que la littératie sur la santé mentale relève de l'échelon fédéral — l'information générale fondamentale en des formats multiples, par des moyens multiples. Pourquoi chaque province essaie-t-elle de le faire? Nous devrions travailler ensemble. La littératie sur la santé dépend toujours du soutien fédéral et provincial. Les provinces gèrent les systèmes d'éducation pour créer des citoyens instruits, et c'est donc un ensemble. Il est certain que je vois un rôle pour le gouvernement fédéral en matière de littératie, que ce soit sur la santé ou sur la santé mentale.

Le Dr Millar: Mme Clarkson parle d'une étude récente sur la santé mentale. Il y a quelques années, lorsque j'étais à l'école de médecine, une étude a été faite sur les cabinets de médecins

literate people remember only 20 per cent of what the doctor said because it is such a stressful situation as so much is going on and they are concerned. That is why they give handouts, but that does not help the people who cannot read.

When I was working at an in-patient unit in a mental hospital in New Brunswick, I found that the people who sat in our team meetings who helped to plan the care of the clients included members of the housekeeping and dietary staff, so they were aware what the overall plan was. The patient was always more comfortable talking to them. We got more information from those people about what was going on with the client than the professional workers — the nurses, psychologists and us — did from talking to them. That is, in part, because the stress was not there; they spoke the same language

Therefore, “literacy-literacy” is a big problem to start with, but there are multiple methods of being able to break down that barrier and to get information back and forth as needed.

Ms. Harrison: I support the comments that have already been made. We have a diverse population in Alberta. We must consider new Canadians when discussing literacy as well. Our messages to them must be understood and accepted within a cultural context. There is the exchange of information as well, so that we understand where they are coming from when they are sharing information and messages with us. We had quite a discussion about that in one of our working committees around developing the mental health plan and system for Alberta.

I also think of the role of community workers — folks who see clients, children and families early. It is a good way to share. Perhaps it is a bonding experience with a child, but nonetheless a care system for getting messages across. That is really important.

I was surprised that the mental health workers themselves acknowledge that they need to be more literate. The comments were very interesting, and I support them.

Senator Fairbairn: It would be nice to think that that kind of situation in respect of daily operations and training might be in existence across the board.

Regarding the Alberta hearings, one area of the equation that is difficult to grasp is youth. There is a dropout rate in Canada of about 30 per cent. This is a result of myriad problems, but literacy is certainly part of that.

In your hearings, did you hear of some way of reaching young people through the schools to try to get the message out in plain language about what some of these stresses and strains are all about and how people can be helped at that level?

généralistes. Cette étude a révélé que même les personnes instruites ne se rappellent que 20 p. 100 de ce que dit le médecin, parce que c’est une situation tellement stressante et qu’il s’y passe tellement de choses, et qu’ils sont inquiets. C’est pourquoi ils donnent des documents, mais cela ne sert pas à grand chose aux gens qui ne savent pas lire.

Lorsque je travaillais dans un service pour patients hospitalisés, à l’Institut de santé mentale du Nouveau-Brunswick, j’ai vu des gens venir à nos réunions d’équipe pour contribuer à la planification des soins à la clientèle. Il y avait des membres du personnel d’entretien et des services d’alimentation, et ainsi ils savaient la teneur du plan global. Le patient était toujours plus à l’aise pour leur parler. Nous en apprenions plus de ces gens sur ce qui se passait avec le client que des travailleurs professionnels, les infirmières, les psychologues et nous-mêmes ne pouvions obtenir en leur parlant. C’est dû, en partie, à l’absence de stress; ils parlaient la même langue.

Par conséquent, la littératie est un gros problème pour commencer, mais il y a de nombreux moyens pour surmonter cet obstacle et pour échanger l’information dans un sens et dans l’autre, selon les besoins.

Mme Harrison: Je suis d’accord avec ce que vient de dire le Dr Millar. Nous avons une population diversifiée en Alberta. Nous devons penser aux néo-Canadiens lorsque nous parlons de littératie, aussi. Les messages que nous leur transmettons doivent être compris et acceptés dans un contexte culturel. Il y a l’échange d’information aussi, pour que nous comprenions le contexte de leur situation lorsqu’ils nous transmettent de l’information et des messages. Nous avons eu toute une discussion là-dessus, à un de nos comités de travail sur l’élaboration d’un plan et d’un système de santé mentale pour l’Alberta.

Je pense aussi au rôle des travailleurs communautaires, les gens qui voient les clients, les enfants et les familles au début. C’est un bon moyen de partager. Peut-être est-ce une expérience de création de liens avec l’enfant, mais c’est néanmoins un système de soins, pour transmettre des messages. C’est vraiment important.

J’ai été étonnée que les travailleurs de la santé mentale, eux-mêmes, reconnaissent qu’il leur faudrait être mieux informés. Leurs commentaires étaient très intéressants, et je les appuie.

Le sénateur Fairbairn: Il serait intéressant de pouvoir penser que ce genre de situation, en ce qui concerne les activités courantes et la formation, existe partout.

En ce qui concerne les audiences en Alberta, l’un des éléments de l’équation qu’il est difficile de comprendre, ce sont les jeunes. Le taux de décrochage, au Canada, est d’environ 30 p. 100. C’est la conséquence d’une quantité de problèmes, mais la littératie en fait certainement partie.

Dans vos audiences, avez-vous entendu parler de certains moyens d’atteindre les jeunes par l’entremise des écoles, pour essayer de faire passer le message en langage clair sur la nature de ces tensions et de ces difficultés, et comment on peut aider les gens à ce niveau-là?

Ms. Harrison: Yes, we did. We heard those messages primarily through the other ministries that work with us around children's issues all the time. There are many initiatives involving collectives of people from the different ministries and different sectors working to develop curriculum in schools that can reach children where they are in the school in an age-appropriate way. The Alberta learning ministry has done quite a remarkable job in this way and is open to collaborative work with us. We feel very fortunate.

Senator Fairbairn: Dr. Fraser Mustard, who appeared before our committee in our first round of hearings a couple of years ago, has brought out a report that provides a new picture on early childhood development. By 18 months, the mechanisms are neurologically hooked up to learn and that also depends a great deal on the parents and their ability.

It is wonderful to hear that you are thinking and doing something about this cross-cutting issue because it is absolutely fundamental, certainly, to mental health, but also to health and the health of our population altogether.

Senator Morin: I would like to commend you, Ms. Clarkson, on your use of the chronic disease management approach for mental health. I am a strong believer in that. I think the salvation of our medical care system lies in that model because, as you know, we have more and more chronic diseases such as diabetes, heart failure and so forth. As you point out in your document, this model improves outcomes and reduces costs. I was not aware that this was extended to mental disease. I do not know if that is a first, but it is interesting.

Ms. Clarkson: Later this spring, we will release the first guidelines for B.C. physicians for a mental illness. These will be guidelines for depression. It is a first in terms of using the chronic disease management approach. As you said, chronic disease management strategies and protocols have been used in physical illnesses such as arthritis, asthma and other areas, for a fair while. This is a first for B.C. in that we have actually accomplished it through the help of many physicians and many other key people.

Beyond that, we are looking at chronic disease management in other areas of the system. We think what has been learned from physical disease can apply to persons who experience mental illness because people with mental illness can learn, change behaviour and predict. We are confident it will assist not only clients to have reduced disability but also the province to provide more appropriate care. It is exciting.

Le sénateur Harrison: Oui, nous l'avons fait. Nous avons entendu ces messages, surtout, par l'entremise d'autres ministères qui travaillent avec nous sur les enjeux qui touchent les enfants, tout le temps. De nombreuses initiatives sont en cours, auxquelles participent des groupes de personnes de différents ministères et de différents secteurs qui travaillent à l'élaboration de programmes dans les écoles qui peuvent atteindre les enfants où ils sont à l'école, d'une manière adaptée à leur âge. Le ministère de l'Éducation de l'Alberta a fait un travail remarquable sur ce plan et est disposé à collaborer avec nous. Nous nous trouvons très chanceux.

Le sénateur Fairbairn: Le Dr Fraser Mustard, qui a comparu devant notre comité lors de la première ronde d'audiences, il y a environ deux ans, a amené un rapport qui dresse un tableau nouveau du développement de la petite enfance. Avant l'âge de 18 mois, les mécanismes sont neurologiquement branchés pour l'apprentissage, et cela dépend aussi grandement des parents et de leurs capacités.

Il est merveilleux d'entendre que vous réfléchissez, et que vous agissez à propos de cette question à facettes multiples, parce qu'elle est absolument fondamentale, certainement, pour la santé mentale, mais aussi pour la santé en général et la santé de notre population dans l'ensemble.

Le sénateur Morin: J'aimerais vous féliciter, madame Clarkson, pour votre emploi de l'approche de la gestion des maladies chroniques pour la santé mentale. J'en suis un fervent adepte. Je pense que ce modèle peut assurer la survie de notre système de soins médicaux parce que, comme vous le savez, nous avons de plus en plus de maladies chroniques, comme le diabète, les maladies cardiaques, et cetera. Comme vous le soulignez dans votre document, ce modèle améliore les résultats et réduit les coûts. Je ne savais pas qu'il pouvait s'appliquer à la maladie mentale. Je ne sais pas si c'est une première, mais c'est intéressant.

Mme Clarkson: Plus tard, ce printemps, nous allons publier les premières lignes directrices sur une maladie mentale à l'intention des médecins de la Colombie-Britannique. Elles porteront sur la dépression. C'est une première en matière d'application de l'approche de la gestion des maladies chroniques. Comme vous l'avez dit, les stratégies et protocoles de gestion des maladies chroniques ont été employés pour les maladies physiques, comme l'arthrite, l'asthme et d'autres encore, depuis déjà un certain temps. C'est une première pour la Colombie-Britannique, en ce sens que nous avons pu le faire grâce à l'aide de nombreux médecins et de bien d'autres gens importants.

À part cela, nous envisageons la gestion de la maladie chronique dans d'autres domaines du réseau. Nous pensons que les apprentissages liés à la maladie physique peuvent s'appliquer aux personnes qui vivent la maladie mentale, parce que les gens qui souffrent de maladie mentale peuvent apprendre, changer et prédire leur comportement. Nous sommes convaincus que cela aidera non seulement les clients qui ont une légère incapacité, mais aussi la province, à fournir des soins plus appropriés. C'est très stimulant.

Senator Léger: I have been hearing the phrase “mental health” in respect of young people and youth. To me, “mental health” is judgment and common sense — you cannot acquire these skills from books or at university. They often take it out because of too much data and so on.

Would you agree that when there are mental health problems with youth, it is rather the parents?

Dr. Millar: I am not sure I would go that far. Children of adults who have mental illness are at much higher risk of having a mental illness. However, children also suffer mental illnesses on their own.

Senator Léger: You said illness, but what about health? You made a nice distinction between the two.

Dr. Millar: Certainly the family situation can be conducive to good mental health. It is one of the major pieces. As Ms. Clarkson was saying earlier, it is by the time they are in grade four, they have only been in school for four years and at home for six years. As the Jesuits say, by the time they reach the age of seven a child is the person he will be for the rest of his life.

What is learned at home certainly leads to better things. However, it is easier to change people’s attitudes when they are children than when they are older.

Ms. Clarkson: Mental health is not a state. Mental health is having the capacity to manage one’s life, feelings and the daily grind. Therefore, children or youth are in the process of developing mental health skills. They are learning to manage how they feel, approach and resolve problems and how to manage anger.

Children who have a head injury or a mental illness are severely disadvantaged in developing some of those mental health skills. If the parent does not have the skill to support the child to further develop those skills then that child becomes more and more at risk. That said, parents are not responsible if their child develops schizophrenia.

Senator Léger: That is an illness.

Ms. Clarkson: People with a mental illness also have mental health. You can have the experience of bipolar disorder and still manage joyous situations and challenges. That is mental health. “Mental health” is your tool kit for grappling with the world. If you have the experience of a mental illness, we can still help you to you strengthen your tool kit about managing the world.

As a person can have mental health and asthma, or mental health and a broken leg, a person can also have mental health and have a mental illness. It is a mistake to assume that people with a mental illness can neither develop further skills towards mental health, experience joy and happiness, nor manage troubled lives. Of course they can. That is all about a person’s mental health tool kit, which helps him or her to manage the mental illness.

Le sénateur Léger: J’ai entendu l’expression «santé mentale» en ce qui concerne les jeunes et les enfants. Pour moi, la «santé mentale» est un jugement et le bon sens veut qu’on ne peut acquérir ces habiletés par les livres ou à l’université. L’hypothèse est souvent éliminée parce qu’il y a trop de données, et cetera.

Est-ce que vous diriez que lorsqu’il y a des problèmes de santé mentale avec les jeunes, c’est plutôt la faute des parents?

Le Dr Millar: Je ne suis pas sûr que j’irais jusque là. Les enfants d’adultes qui ont une maladie mentale risquent beaucoup plus d’en souffrir eux aussi. Cependant, les enfants souffrent aussi de maladies mentales d’eux-mêmes.

Le sénateur Léger: Vous dites maladie, mais qu’en est-il de la santé? Vous faites une belle distinction entre les deux.

Le Dr Millar: Il est certain que la situation de la famille peut favoriser une bonne santé mentale. C’est l’un des éléments principaux. Comme le disait tout à l’heure Mme Clarkson, cela se détermine avant la quatrième année de scolarité, alors qu’ils n’ont fréquenté l’école que quatre ans et ils ont été à la maison pendant six ans. Comme le disent les Jésuites, avant l’âge de sept ans, l’enfant est la personne qu’il sera le reste de sa vie.

Il est certain que ce qu’on apprend à la maison est une bonne base. Cependant, il est plus facile de changer les attitudes des gens lorsqu’ils sont enfants que lorsqu’ils sont plus âgés.

Mme Clarkson: La santé mentale n’est pas un état. La santé mentale, c’est avoir la capacité de gérer sa vie, ses sentiments et les tensions quotidiennes. Par conséquent, les enfants ou les jeunes sont en voie d’acquérir des habiletés de santé mentale. Ils apprennent à gérer leurs sentiments, à aborder et à résoudre des problèmes et à gérer leur colère.

Les enfants qui subissent une blessure à la tête ou qui ont une maladie mentale sont gravement désavantagés dans l’acquisition de ces habiletés. Si le parent n’a pas les habiletés nécessaires pour appuyer l’enfant et l’aider à acquérir ses habiletés, cet enfant devient de plus en plus à risque. Cela étant dit, ce n’est pas la faute des parents si leur enfant devient schizophrène.

Le sénateur Léger: C’est une maladie.

Mme Clarkson: Les gens qui ont une maladie mentale ont aussi leur santé mentale. On peut souffrir de trouble bipolaire et tout de même connaître des moments heureux et vivre des défis. C’est la santé mentale. La «santé mentale» est notre trousse d’outils pour affronter le monde. Si vous vivez une maladie mentale, nous pouvons encore vous aider à consolider votre trousse d’outils pour affronter le monde.

Tout comme quelqu’un qui a sa santé mentale et souffre d’asthme, ou qui a sa santé mentale et a une jambe cassée, quelqu’un peut avoir sa santé mentale et vivre une maladie mentale. C’est une erreur que de supposer que les gens qui ont une maladie mentale ne peuvent ni acquérir des habilités favorables à la santé mentale, ni connaître la joie et le bonheur, ni gérer une vie troublée. Bien sûr qu’ils le peuvent. Tout dépend des outils de santé mentale dont dispose une personne, qui l’aident à gérer sa maladie mentale.

Senator Léger: The word “seniors” has not been mentioned at all. Are we safe in the future?

The Chairman: We are certainly past the point of being able to learn.

Senator Léger: Seniors also need help. I am referring to health, not illness.

The Chairman: Does anyone have a comment in respect of seniors?

Ms. Harrison: There are many factors that influence one’s mental health. I would hate to blame it on any one person — parents, for example. Various factors include whether a person feels safe, is well cared for or in a loving situation. Does this person have meaningful experiences? Does he or she have control over his or her life? Can they manage situations? That applies to children and to seniors or older populations as well — it applies to all of us.

In Alberta, the discussions we have had in respect of the mental health plan have dealt with the growing population and some of the illnesses relating to that population. However, we were also told — and I am not a clinician so I am getting more than a bit off my scope here — that there are increasing concerns in respect of the early onset of Alzheimer’s disease in the group aged 50 to 60 years. As this is a growing demographic, we need to be prepared to deal with that.

Of course, seniors deal with many issues around quality of life and that can influence mental health as well.

The Chairman: I should like to thank all of you for coming. You came a great distance. We look forward to hearing from you again when we do our cross-country circuit in 10 or 11 months.

Would you think about one thing? I am not looking for an answer now. One thing that would help us is if you could tell us what we can do to help you. What I mean by that is, you are all in the process of, in three different provinces from one end of the country to the other, trying to develop services for people that we would very much like to help, as you do. It would be helpful to have your thoughts on what we can do as the final output in this report that would be most beneficial to you in terms of helping the people that you are trying to help.

We will be back and chat with you at some time. However, I would appreciate your thoughts — I am not looking for an official government statement at this appointment. I will be in touch probably with each of you separately. It would be to pick your brain and get some thoughts.

Thank you all for coming. We appreciate your being here.

Senators, we have a quick piece of business in respect of Bill C-24. Bill C-24 was introduced to deal with a specific situation of a specific member of Parliament who is retiring,

Le sénateur Léger: Le terme «aînés» n’a pas du tout été mentionné. Est-ce que nous sommes en sûreté, dans l’avenir?

Le président: Il est certain que nous avons dépassé le point où nous pouvons apprendre.

Le sénateur Léger: Les aînés peuvent aussi aider. Je parle de la santé, pas de la maladie.

Le président: Quelqu’un a-t-il un commentaire à faire sur les aînés?

Mme Harrison: Il y a de nombreux facteurs qui influencent la santé mentale de quelqu’un. Je ne voudrais certainement pas en attribuer la faute aux parents, par exemple. Divers facteurs sont en jeu, notamment si une personne se sent en sécurité, reçoit de bons soins ou vit une relation affective. Est-ce que cette personne vit des expériences significatives? Est-ce qu’elle a le contrôle de sa vie? Peut-elle gérer les situations? Cela s’applique aux enfants et aux aînés, ou aux membres plus âgés de la population. Cela s’applique à tout le monde.

En Alberta, les discussions que nous avons eues sur le régime de santé mentale portaient sur la population vieillissante et certaines maladies qui la touchent. Cependant, on nous dit aussi, et je ne suis pas clinicienne, alors je déborde largement de mes limites, ici, qu’il y a de plus en plus d’inquiétudes au sujet du déclenchement précoce de la maladie d’Alzheimer dans le groupe des gens âgés de 50 à 60 ans. Comme cette partie de la population est en croissance, il nous faut nous préparer à y faire face.

Bien entendu, les aînés composent avec biens des problèmes entourant la qualité de vie, et cela influence aussi la santé mentale.

Le président: J’aimerais vous remercier tous d’être venus. Vous avez parcouru une grande distance. Nous sommes impatients de vous revoir, lorsque nous ferons notre tournée dans le pays, dans 10 ou 11 mois.

Pourriez-vous réfléchir à une chose? Je n’attends pas de réponse maintenant. Ce qui nous aiderait, c’est si vous pouviez nous dire ce que nous pouvons faire pour vous aider. Je veux dire par là que vous êtes tous en train, dans trois différentes provinces d’un bout à l’autre du pays, d’essayer de concevoir des services pour des gens que nous aimerions beaucoup pouvoir aider, comme vous. Il serait utile de connaître vos pensées sur ce que nous pouvons faire, puisque les conclusions de ce rapport pourraient vous être très utiles pour aider les gens que vous essayez d’aider.

Nous reviendrons discuter avec vous dans quelque temps. Cependant, j’apprécierais de connaître vos impressions. Je ne cherche pas à obtenir une déclaration officielle à l’intention du gouvernement pour l’instant. Je communiquerai probablement avec chacun d’entre vous. C’est pour stimuler votre réflexion et connaître vos pensées.

Merci d’être venus. Nous l’apprécions.

Sénateurs, nous avons quelque chose à régler rapidement, au sujet du projet de loi C-24. Ce projet de loi a été présenté pour composer avec une situation particulière d’un député spécifique

and who got caught in a gap that nobody realized had been created when they decided that M.P.s could not collect a pension until age 55.

A number of us around the table, certainly in the opening witnesses when the minister was here — notably Senator Lynch-Staunton and myself — felt strongly that there should have been a better way to deal with this rather than have to go with the policy that changed it for everyone. On the other hand, there was a significant degree of sympathy around the table for the particular individual, who was caught in this particular circumstance.

Through consultations between myself and Senator LeBreton, we drafted a set of observations that the two of us support that fundamentally point out that (a) we do not like the process; (b) we think there should have been a better way of doing it, and we have had private sector witnesses saying there was a better way of doing it; and (c) some of the evidence suggested we were just treating members of Parliament the same way senior public servants are treated was not totally accurate in the sense that this proposed benefit goes beyond the benefit that senior public servants get.

Having said all that, I guess as much out of sympathy for the particular case as anything else, the observations suggest that the committee would grudgingly — I guess that is not a bad word — support the bill without amendment, subject to our also including with it the draft observations.

I think Senator LeBreton that is a reasonable summary of where certainly you and I were. Does anyone else want to make a comment?

Senator Lynch-Staunton: I think it is the wrong way to go. It opens the floodgates to others who are not in need to qualify, which is not the intent. For what it is worth, a quick calculation shows 60 members of the House right now who are in the range of 50 to 55. How many will be eligible in the years to come, I do not know.

We are being asked to make a major change to the benefits program for retired members of Parliament, which, as we were told the other day, is to bring them to the same level as civil servants, without our appreciating the fact that civil servants have to be on pension at age 50 before they get benefits. Of course, the pension is reduced because they are eligible at 55, and if they want it at 50, they have to adjust accordingly.

The Chairman: Correct.

Senator Lynch-Staunton: I will not support the bill for that reason. While there is one particular case for which there is compassion, there had better not be another one. I hope the government is listening and will find a way, with its insurance carriers and others, to put into the next agreement provisions to cover cases of exception and not force us into the embarrassing

qui prend sa retraite, et qui s'est fait coincer dans une faille que personne n'avait vue lorsqu'on a décidé que les députés ne pourraient pas percevoir de prestations de pension avant l'âge de 55 ans.

Plusieurs d'entre nous, autour de cette table, à tout le moins l'écoute des premiers témoins, lorsque le ministre était ici, notamment le sénateur Lynch-Staunton et moi-même, avons vraiment eu l'impression qu'il aurait dû y avoir un meilleur moyen de régler avec cela plutôt que de nous attaquer à la politique qui a tout changé pour tout le monde. D'un autre côté, la personne touchée par cette situation particulière inspirait beaucoup de compassion.

Après des consultations que nous avons menées, moi-même et le sénateur LeBreton, nous avons rédigé une série d'observations que nous appuyons tous deux et qui, en fait, soulignent que (a) nous n'aimons pas le processus; (b) nous pensons qu'il devrait y avoir un meilleur moyen de régler la situation, et nous avons des témoins du secteur privé qui l'affirment; et (c) certains témoignages laissant entendre que nous ne traitons les députés exactement comme nous le ferions de hauts fonctionnaires n'étaient pas tout à fait exacts, puisque les prestations proposées sont supérieures à ce que reçoit un haut fonctionnaire.

Cela étant dit, je suppose, que ce soit par compassion pour la personne en question ou pour toute autre raison, les observations recueillies donnent à penser que le comité appuierait, à contrecœur — je ne pense pas que ce soit un mauvais mot — l'adoption du projet de loi sans modification, sous réserve cependant de ce que nous adjoignons l'ébauche des observations.

Je pense, sénateur LeBreton, que c'est un résumé assez juste de ce que nous avons, vous et moi, conclu. Quelqu'un a-t-il d'autres commentaires?

Le sénateur Lynch-Staunton: Je pense que ce n'est pas la bonne façon de faire. Cela ouvre les portes à une avalanche d'autres personnes qui n'ont pas besoin d'être admissibles, ce qui n'est pas le but visé. Pour ce que cela vaut, selon un calcul rapide, 60 députés de la Chambre, actuellement, ont entre 50 et 55 ans. Combien seront admissibles dans les prochaines années? Je ne le sais pas.

On nous demande d'apporter une modification d'importance au programme d'avantages sociaux pour les députés retraités, ce qui, d'après ce qu'on nous a dit l'autre jour, vise à les amener au même niveau que les hauts fonctionnaires, sans qu'il soit précisé que les fonctionnaires doivent être à la retraite à l'âge de 50 ans avant de pouvoir percevoir ces prestations. Bien entendu, les prestations sont réduites parce qu'ils sont admissibles à 55 ans, et s'ils veulent prendre leur retraite à 50 ans, il faut l'ajuster en conséquence.

Le président: C'est bien cela.

Le sénateur Lynch-Staunton: Je n'appuierai pas ce projet de loi pour cette raison. Bien qu'il y ait un cas particulier qui justifie une certaine compassion, il n'en faudrait pas d'autre. J'espère que le parti au pouvoir écoute et trouvera une façon, par l'entremise de ses assureurs et d'autres moyens, d'ajouter à la prochaine convention des dispositions pour prévoir les cas d'exception et

situation of saying, “It is the wrong way to go, but that is the way we have to go, because otherwise we will be neglecting a needy person.” That is not our role. That should be done at another level, not the legislative level.

The Chairman: Absolutely. Remember our opening discussion. I was saying that as someone who happens to chair a human resources committee on a corporate board, we would have dealt with it not as a policy change but a transactional change dealing with a specific individual.

Senator Lynch-Staunton: I find that the observations give the matter a fair appreciation. As I have said, I hope that these observations alert the government that it should find a way to avoid having to approach this problem again.

The Chairman: Indeed, if I have approval of the committee, I would suggest that I forward the observations, along with a covering letter from me, to both the secretary of the Treasury Board, which is where it would rest, and the Clerk of the Privy Council, which would effectively make the observation that that this was done more grudgingly than it might appear.

It would be my personal judgment — I would not ask the committee to agree at this point — that if we were put in a similar position again, I do not think the bill would pass. I would not vote for a similar bill in a similar situation again because there are other ways to deal with it. That is certainly my intent, unless someone should tell me I should not do that.

Senator LeBreton: I think that the government will be cognizant of the fact that because of this bill, they will have some very interesting negotiations with PSAC. When they were before us, PSAC supported the bill in principle because they saw the potential for themselves in terms of negotiating a package like this. Come the next session of Parliament, perhaps the government will need to take another look at the Parliament of Canada Act and try to address things in a proper way and therefore avoid a huge expense to the taxpayer in the negotiations with PSAC.

The Chairman: It is a problem they created themselves, particularly because they testified that this was nothing more than what the public service had, and then the union comes and says, “By the way, we do not have it.”

Senator Fairbairn: If you are sending a letter, I hope it will reflect some of those comments.

The Chairman: Yes.

Senator Cook: I have a concern for the privacy for the individual, because the name of that individual was banded about with no sign of privacy.

Senator LeBreton: We never used her name.

The Chairman: We were very careful to not do that.

ne pas nous forcer dans une situation gênante où nous disons «ce n'est pas la bonne façon d'agir, mais c'est ainsi que nous devons faire, parce qu'autrement, nous allons négliger quelqu'un dans le besoin». Ce n'est pas notre rôle. Cela devrait se faire à un autre niveau, pas au niveau législatif.

Le président: Absolument. Rappelez-vous notre discussion préliminaire. Je disais que si nous présidions un comité des ressources humaines d'un conseil d'administration d'entreprise, nous devrions composer avec cette situation non pas en tant que changement de politique, mais de changement ponctuel visant une personne en particulier.

Le sénateur Lynch-Staunton: Je trouve que les observations sont une bonne appréciation de la situation. Comme je l'ai dit, j'espère que ces observations font comprendre au gouvernement qu'il devrait trouver un moyen d'éviter que ce problème se reproduise.

Le président: De fait, si j'ai l'approbation du comité, je suggère de présenter les observations, avec une lettre d'accompagnement signée de moi, au secrétaire du Conseil du Trésor, comme il se doit, et au greffier du Conseil privé, pour faire remarquer que cela s'est fait avec plus de réticence qu'il n'y paraît.

Personnellement — je ne demanderai pas au comité d'être d'accord avec moi ici — si nous devons être mis à nouveau dans cette situation, je ne pense pas que le projet de loi serait adopté. Je ne voterai pas une autre fois en faveur d'un projet de loi similaire, dans une situation similaire parce qu'il n'y a pas d'autre moyen de régler cela. C'est certainement mon intention, à moins que quelqu'un me dise que je me trompe.

Le sénateur LeBreton: Je pense que le gouvernement reconnaîtra le fait qu'à cause de ce projet de loi, il aura des négociations très intéressantes avec l'AFPC. Dans son témoignage devant nous, l'AFPC a donné son accord de principe au projet de loi parce qu'elle y voyait des possibilités pour elle-même, en vue de négociations d'avantages comme ceci. À la prochaine session du Parlement, peut-être le gouvernement devra-t-il examiner encore la Loi sur le Parlement du Canada et essayer de régler les choses de façon appropriée et, ainsi, d'éviter d'énormes dépenses aux contribuables, découlant de négociations avec l'AFPC.

Le président: C'est un problème qu'il s'est créé lui-même, particulièrement parce qu'il a lui-même déclaré que ce n'est rien de plus que ce qu'a la fonction publique, et alors, le syndicat se présente et affirme «en passant, nous ne l'avons pas».

Le sénateur Fairbairn: Si vous envoyez une lettre, j'espère que vous y ferez certains de ces commentaires.

Le président: J'y compte.

Le sénateur Cook: Je m'inquiète de la protection de la vie privée de cette personne, parce que son nom a déjà été prononcé, sans indication qu'on veuille le protéger.

Le sénateur LeBreton: Nous n'avons jamais dit son nom.

Le président: Nous y avons fait bien attention.

Senator Cook: I heard Minister Saada name the person in his testimony.

Senator LeBreton: I did not realize he had done that. However, she has now spoken publicly herself.

The Chairman: The committee was scrupulous on that account.

Senator LeBreton: We did not even identify the gender.

The Chairman: We were scrupulous, certainly the two of us, in writing observations, to always use the phrase “a retiring parliamentarian.” We were very careful.

Senator Cook: On page 4 of the recommendations, you are say, “a better approach might have been to amend.” That is a little soft.

The Chairman: “Would have been to amend.” I am happy to make that change. It is too soft, and it could have been done that way. I know the evidence said it could not have been, but I am sceptical.

Could I ask for a motion to dispense with clause-by-clause?

Senator LeBreton: I so move.

The Chairman: Is there any objection? Could I have a motion to report the bill unamended but with (a) the observations and (b) the change that Senator Cook just made?

Senator LeBreton: So moved.

The Chairman: All in favour? Anyone against?

Thank you very much.

The committee adjourned.

OTTAWA, Thursday, April 29, 2004

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:07 a.m. to study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness; and to give consideration to Bill S-17, to amend the Citizenship Act.

Senator Marjory LeBreton (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[English]

The Deputy Chairman: Our witnesses are from Correctional Services Canada, Mr. Motiuk and Ms. Bouchard; from Simon Fraser University by videoconferencing, Ms. Margaret Jackson;

Le sénateur Cook: J’ai entendu le ministre Saada dire son nom dans son témoignage.

Le sénateur LeBreton: Je ne m’en étais pas rendu compte. Cependant, elle en a elle-même parlé en public.

Le président: Le comité a été scrupuleux, sur ce plan.

Le sénateur LeBreton: Nous n’avons même pas dit si c’est un homme ou une femme.

Le président: Nous avons été scrupuleux, certainement nous deux, dans la rédaction des observations, et avons fait attention à parler de «parlementaire qui prend sa retraite». Nous avons fait très attention.

Le sénateur Cook: À la page 4 des recommandations, vous dites «il aurait peut-être mieux valu modifier». C’est un peu léger.

Le président: Il aurait fallu modifier? Je veux bien faire ce changement. Il est vrai que c’est léger, et ça aurait pu être fait ainsi. Je sais que dans le témoignage, on nous dit que non, mais je suis sceptique.

Puis-je demander une motion pour qu’on se passe de l’étude article par article?

Le sénateur LeBreton: Je le propose.

Le président: Y a-t-il des objections? Puis-je avoir une motion pour la présentation du projet de loi sans modification, mais avec (a) les observations et (b) le changement que vient de proposer le sénateur Cook?

Le sénateur LeBreton: Je le propose.

Le président: Tous ceux qui sont d’accord? Quelqu’un est contre?

Merci beaucoup.

La séance est levée.

OTTAWA, le jeudi 29 avril 2004

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd’hui à 11 h 07 pour examiner, afin d’en faire rapport, les questions qu’ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité est autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale. Le comité doit également examiner le projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté.

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

[Traduction]

La vice-présidente: Voici la liste de nos témoins: du Service correctionnel du Canada, M. Motiuk et Mme Bouchard; de l’Université Simon Fraser, en vidéoconférence, Mme Margaret

from Human Resources and Skills Development Canada, Mr. Bill Cameron and Ms. Marie-Chantal Girard; and, as an individual, Ms. Pat Capponi.

Ms. Pat Capponi, as an individual: I would ask the Clerk of the Committee to pass round my briefs. I am here to speak as someone labelled a chronic psychiatric patient.

Institutionalization meant confinement and custodial care on the back wards of provincial institutions, often for decades. Those labelled chronic mental patients were infantilised, over medicated, shocked, lobotomized and controlled. Their world was dramatically reduced to endless card games, daytime television shows and the constant smoking of bales of tobacco, the only reward for good behaviour. There were no expectations placed upon them and no decisions they were required to make. Patients learned over and over again the lessons of absolute dependence in every aspect of their meagre existence, as well as the harsh consequences of resisting those in authority.

Patients were released — “de-institutionalized” — in unseemly haste, with prescriptions and bus tickets and addresses of for-profit rooming and boarding homes. However, they carried the effects of the institutions within them as no effort had been made to reorient individuals to life in the real world. Few of the dollars saved from the closure of beds followed them into the community.

They were broken, hugely vulnerable, unaware of their rights or obligations, often illiterate with no job skills, no friends and few remaining contacts with families. They were ripe for exploitation, physical and sexual abuse, and the temporary escape into addictions. They had no defences. In this new world, they were still confined by fear and poverty and the angry neighbourhood reaction to their presence. Exhausted by the medications that crippled them, people slept away long hours of the day and night in over-crowded rooms.

That was the scope of their lives, and the professionals who signed prescriptions for them felt it was all they were capable of. Years went by. Many patients died from suicide or physical illness; others continued in this half-life while advances in care went to benefit those deemed more worthy.

We saw that as the older patients faded away, newly labelled men and women from the same social strata took their places and quickly learned many of the same lessons of the powerlessness and defeat. Institutionalization was continuing in the community, defined by the lack of care and indifference to our plight.

Some of us, a very few at first, started to question received wisdom about who we were and what we were capable of. We exposed, through the media, the conditions we were forced to live in. We began to deal with civic and provincial bureaucrats and politicians. We asked, where were the agencies that were funded

Jackson; de Ressources humaines et Développement des compétences Canada, M. Bill Cameron et Mme Marie-Chantal Girard et, à titre personnel, Mme Pat Capponi.

Mme Pat Capponi, témoignage à titre personnel: Je demanderais au greffier du comité de bien vouloir distribuer mon mémoire. Je suis ici pour prendre la parole en tant que personne diagnostiquée comme patient psychiatrique chronique.

L'institutionnalisation signifie l'enfermement et les soins de garde dans les arrières-salles des institutions provinciales, parfois pour des décennies. Ceux que l'on a diagnostiqués comme étant des patients psychiatriques chroniques étaient infantilisés, drogués, lobotomisés, contrôlés et assujettis à des séances de chocs électriques. Leur monde se réduisait à des jeux de cartes interminables, à des programmes télévisés quotidiens et au tabac qu'ils fumaient constamment, seule récompense de leur obéissance. On n'attendait rien d'eux et ne leur faisait prendre aucune décision. Les patients apprenaient continuellement les leçons d'une dépendance absolue, comme dans les aspects de leur petite existence, ainsi que les conséquences sévères d'une résistance aux autorités.

Les patients ont été libérés — «désinstitutionnalisés» — dans une précipitation indécente, prescriptions, tickets d'autobus et adresses de maisons de chambres et de foyers en main. Cependant, ils portaient en eux les marques de l'institutionnalisation, puisqu'aucun effort n'avait été fait pour les réintégrer à la vie du monde réel. Ils arrivaient dans la communauté avec le restant des dollars économisés par la fermeture des lits.

Ils étaient fauchés, extrêmement vulnérables, ignorant leurs droits et leurs obligations, souvent analphabètes et sans compétences professionnelles, sans amis et avec peu de contact avec leur famille. Ils étaient mûrs pour l'exploitation, l'agression sexuelle et physique et les évasions au moyen de l'intoxication. Ils étaient sans défense. Dans ce nouveau monde, ils restaient enfermés dans la peur et la pauvreté et les réactions haineuses de leur entourage face à leur présence. Épuisés par des médicaments qui les diminuaient, ces personnes passaient de longues heures à dormir, jour et nuit, dans des pièces bondées.

C'était leur vie et les professionnels qui signaient leurs prescriptions pensaient que c'était tout ce dont ils étaient capables. Les années passaient. Beaucoup de patients mouraient de maladies physiques ou se suicidaient; d'autres continuaient cette existence de mort-vivant, alors que le progrès en soins de santé profitait à ceux que l'on jugeait plus méritants.

Alors que les patients plus âgés disparaissaient, de nouveaux hommes et de nouvelles femmes rangés dans la même catégorie sociale les remplaçaient et apprenaient rapidement les mêmes leçons d'impuissance et de défaite. L'institutionnalisation continuait dans les communautés, définie par le manque de soins et l'indifférence vis-à-vis de notre désespoir.

Certains d'entre nous, très peu au début, ont commencé à mettre en question les connaissances acquises sur notre identité et nos possibilités. Par le biais des médias, nous avons montré les conditions dans lesquelles on nous forçait à vivre. Nous avons commencé à intervenir auprès des administrations provinciales,

to work with former patients but in fact excluded them? We began to engage in a struggle in the early 1980s that would take a quarter of a century to see gains and real differences. We did it largely without help or support from those charged with our care, with some notable exceptions.

Dr. Reva Gerstein, appointed to be the Mayor's Action Task Force on Discharged Psychiatric Patients in Toronto, was the first to listen to us and the first to act on what she heard. This, in itself, was empowering and validating. Over time, we won the right to occupy positions on management boards of agencies and to create patient councils in provincial hospitals. More importantly, we won the recognition of the need to integrate professional staff with psychiatric survivors.

We began to understand that the way we looked and felt, the way we were forced to live, our isolation, exclusion, hopelessness and excruciating poverty had little to do with whatever diagnosis we carried. We looked at the simply poor; how the stresses and strains of trying to keep a roof over their heads and food in their stomachs mimicked the symptoms of mental illness. We realized we were miserable because we were thigh-deep in miserable circumstances.

We began to tackle poverty and powerlessness directly through the creation of psychiatric-survivor-run businesses. Led by my sister Diana, who had battled mental illness and heroin addiction, they lobbied and developed survivor businesses in the Province of Ontario — a radical departure from traditional vocational rehabilitation. Our community began to see that there were possibilities out there for us. We began to have role models and leaders. We were achieving, breaking myths and assumptions about who and what we were, and we were forming community. Chronic psychiatric patients showed commitment in reporting to work on time. In acquiring new skills, lasting friendships were created and people grabbed every opportunity to learn from each other's experiences. We were successfully attacking the stigma within and without the mental health system where millions of dollars spent on elaborate advertising campaigns had failed.

One example is in the Toronto neighbourhood of Parkdale, where the hostility of ratepayers, local politicians and businesses had been a major factor in keeping the "mental patients" scared and isolated. One young employee of the Ontario Council of Alternative Businesses, OCAB, came up with an idea and visited business improvement organizations in the area, offering to undertake the care of the large cement planters in front of each establishment that at the time had been reduced to garbage and cigarette-butt receptacles. Over time, Parkdale Green Thumb

civiles et politiques. Nous nous sommes posé la question: Où sont ces agences qui sont financées pour aider les anciens patients, mais qui en fait les excluent? Nous avons commencé une lutte dans les années 80, qui prit un quart de siècle avant de porter fruit et de faire changer les choses. Nous avons mené cette lutte en grande partie sans soutien et sans aide de ceux qui étaient responsables de nos soins, à quelques exceptions près.

La Dre Reva Gerstein, responsable du groupe d'intervention du maire de Toronto sur les malades psychiatriques sortants, a été la première à nous écouter et à réagir, ce qui, en soi, était stimulant et validait notre cause. Au fil du temps, nous avons obtenu le droit d'occuper des postes aux conseils d'administration des agences et de créer des conseils de patients dans les hôpitaux provinciaux. Plus important encore, nous avons réussi à faire reconnaître le besoin d'intégrer aux professionnels de la santé des personnes ayant un vécu psychiatrique.

Nous avons commencé à comprendre que notre apparence et nos émotions, la façon dont on nous avait forcés à vivre, notre isolement, notre exclusion, notre désespoir et cette pauvreté insupportable n'avaient pas grand-chose à voir avec les diagnostics qu'on nous donnait. Nous nous sommes tournés vers les plus démunis; le stress et la tension nerveuse que l'on vit lorsque l'on essaie d'avoir un toit au-dessus de sa tête et de la nourriture dans son estomac ressemblent aux symptômes des maladies mentales. Nous nous sommes rendu compte que nous étions misérables parce que nous étions coincés dans des circonstances misérables.

Nous avons commencé à lutter contre la pauvreté et l'impuissance en créant directement des entreprises gérées par des patients psychiatriques sortants. Mené par ma soeur Diana, qui avait vaincu une maladie psychiatrique et la toxicomanie, notre groupe a fait des pressions et a créé des entreprises gérées par des patients sortants dans la province de l'Ontario — ce qui constituait une scission radicale avec la réhabilitation professionnelle traditionnelle. Notre communauté a commencé à se rendre compte qu'il y avait des possibilités pour nous. Petit à petit, nous nous sommes dotés de modèles et de chefs. Nous réussissions, nous détruisions les mythes et les idées préconçues sur ce que nous étions et nous formions une communauté. Les patients psychiatriques chroniques s'engageaient à arriver à l'heure au travail. En acquérant de nouvelles compétences, nous arrivions à créer des relations amicales durables et saisissons toutes les occasions d'apprendre des expériences des autres. Nous avons réussi à lutter contre la stigmatisation à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé mentale, où des millions de dollars ont été dépensés pour des campagnes de publicité élaborées qui n'ont pas marché.

Dans le quartier de Parkdale, à Toronto, par exemple, les hostilités des contribuables, de la classe politique locale et des entreprises étaient un facteur important de la peur et de l'isolement des patients psychiatriques. Un jeune employé du Ontario Council of Alternative Businesses, OCAB, a eu une idée, s'est adressé aux organismes d'amélioration des affaires du quartier et a offert de s'occuper des grosses jardinières en ciment qui se trouvaient à l'entrée des bâtiments, et qui à l'époque faisaient plutôt office de poubelles et de cendriers. Au cours des années,

Enterprises won accolades and friendships for its professionalism and some of our greatest detractors now celebrate with us every achievement.

Still, for every advance there are setbacks. A mental patient is just that in the eyes of many. We are not entitled to be full human beings behind that label, not expected to have basic personalities that mirror those in the greater population — good, bad and everything in between. A schizophrenic is a schizophrenic and every action is attributed to that disease and not to the underlying nature of the individual or his circumstances. A person who is bitter and angry or who is addicted to crack or other drugs does something terrible and a chorus of voices are raised against all who carry the same label. Our civil rights are affected as laws are passed to “protect society” from the mentally ill.

As a result, we have assertive community treatment teams, ACT teams that primarily ensure that the client takes the medication. Though the mandate was supposed to be broader and remains so on paper, there are few decent places for teams to refer their clients to, and even fewer work opportunities. For staff to speak of this is to endanger their jobs. Whistle-blowing is no more popular in mental health than it is in Ottawa. The only resources we have in any abundance yet again are expensive psychiatrists, occupational therapists, nurses, and social workers who are reduced to delivering pills and needles, organizing “outings” and maintaining the client in the community.

This goal was first rejected by those who found themselves maintained in terrible establishments — “maintained” in medicated fogs. Some years ago when we questioned the value of funding agencies and teams simply to keep people quiescent in misery. We demanded that the success of any program be judged by the client, evaluated on quality-of-life issues: a home in which we are not afraid to live, a job that is not vocational rehabilitation, and friends who are not receiving salaries to spend time with us. Instead, funding has increasingly gone to keep discharged patients in chemical straightjackets for the comfort of the mainstream community. If a client is depressed and upset that his life is so narrowly constricted, if he is fearful of an abusive landlord, if poverty leaves him hungry and restless, his medication is increased. If he has the remaining life inside his body to be angry, the dosages will ensure that anger is forgotten.

We have shown that those labelled seriously mentally ill who work within survivor-run businesses require less medication and spend less time in hospital. We have shown that the worst thing that was done to us was to tell us that we could not achieve and that nothing could be expected of us, without risking another episode of psychosis. Stealing lives, hopes and whatever shreds of

Parkdale Green Thumb Enterprises a été félicité et chaleureusement appuyé pour son professionnalisme et certains de nos pires détracteurs d'autrefois célèbrent aujourd'hui avec nous chacune de nos réalisations.

Pourtant, pour chaque réussite, il y a des échecs. Pour beaucoup, un patient psychiatrique reste un patient psychiatrique. Catégorisés comme tel, nous n'avons pas le droit d'être des êtres humains à part entière, ni d'avoir des personnalités de base, comme celles du reste de la population — bonnes, mauvaises, et tout ce qui existe entre les deux. Une personne schizophrène est une personne schizophrène, et chaque acte qu'elle pose est attribué à sa maladie et non à la nature sous-jacente de la personne ou de ses circonstances. Une personne qui est amère et en colère, qui est dépendante du crack ou qui est autrement toxicomane commet un acte terrible et des centaines de voix se lèvent contre tous ceux qui portent la même étiquette. Nos droits civils sont minés, puisque les lois sont adoptées «pour protéger la société» des patients psychiatriques.

Par conséquent, nous avons des équipes de suivi intensif dans la communauté, les équipes SIEC dont l'objectif principal est de s'assurer que les clients prennent bien leurs médicaments. Même si son mandat devait être plus large et qu'il l'est officiellement, il existe peu d'endroits où les équipes peuvent envoyer leurs clients et encore moins de possibilités dans les milieux de travail. Les employés mettent leur emploi en danger s'ils en parlent. Les dénonciateurs ne sont pas plus populaires en santé mentale qu'ils ne le sont à Ottawa. Les seules ressources dont nous disposons en abondance, sont encore une fois des psychiatres coûteux, des ergothérapeutes, du personnel infirmier et des travailleurs sociaux qui en sont réduits à fournir des médicaments et des seringues, à organiser des «sorties» et à garder le client dans la communauté.

D'abord, l'objectif de cette initiative a été rejeté par ceux qui étaient enfermés dans ces établissements terribles — «enfermés» dans le brouillard des médicaments. Il y a quelques années, lorsque nous avons remis en question la pertinence du financement des agences et des équipes uniquement pour garder les gens dans leur misère, nous avons demandé que ce soit le client qui juge du succès des programmes, à partir des critères axés sur la qualité de vie. Un foyer dans lequel nous n'avions pas peur de vivre, un emploi qui n'était pas de la réhabilitation professionnelle et des amis qui ne recevaient pas des honoraires pour passer du temps avec nous. À l'inverse, l'argent a été de plus en plus alloué pour garder les patients sortants dans des camisoles de force chimiques, pour le confort et l'homogénéité de la communauté. Si un client est déprimé et en colère que sa vie soit aussi limitée, s'il a peur d'un propriétaire abusif, si la pauvreté le laisse dans la faim et la nervosité, on augmente sa dose de médicaments. Si ce qui lui reste de vie à l'intérieur exprime de la colère, les doses le lui feront oublier.

Nous avons montré que ceux que l'on appelle les cas sérieux de maladie mentale qui travaillent dans ces entreprises gérées par des patients sortants ont besoin de moins de médicaments et passent moins de temps à l'hôpital. Nous avons montré que la pire chose que l'on pouvait nous faire, c'était de nous dire que nous n'arriverions à rien et que l'on ne peut rien attendre de nous. Cela

ambitions we carried within us and replacing all that with custodial care inside and outside of institutions is an ongoing crime against our community and our country's shame.

We have learned that we cannot depend on those working within the system to advocate for us. We cannot even expect them to see us as full individuals behind our obscuring labels. We need a small portion of the resources captured by institutions and agencies to create our own paths and opportunities and the recognition by the federal government of our right to full citizenship.

We are transforming ourselves in spite of stigma, coercion and poverty. We hope that we are transforming a system that instead of helping and healing, continues to place barriers, obstacles and limitations in our path. We want support, helpers who listen and act on what they hear, resources and access to decent housing, education and employment.

Mental illness is bad enough but the side effects — the consequences of being labelled in Canada — should not be tolerated in our country. We have lost too much and too many over the decades and the time has come for change.

Mr. Larry Motiuk, Director General, Research, Correctional Service of Canada: It is a great pleasure to present before you some information on behalf of Correctional Service of Canada, CSC, in relation to this issue on mental health and mental illness, particularly in respect of the federal correctional system. I have with me my colleague Ms. Françoise Bouchard, the Director General of Health Services at CSC who will begin.

Ms. Françoise Bouchard, Director General Health Service, Correctional Service of Canada: Over the last year, we have produced a variety of reports at CSC.

Our presentation today will focus on the mandate we have in corrections, a description of the issues, and the prevalence of mental disorders among offenders in the criminal justice system — Mr. Motiuk will address that. We will also provide information on the prevalence and nature of mental health problems and a description of the mental health care continuum of care and our CSC capacity at this time. We will invite any questions you have.

The legislative mandate of federal corrections is through the Corrections and Conditional Release Act, which states,

The service shall provide every inmate with essential health care and reasonable access to non-essential mental health care that will contribute to the inmate's rehabilitation and successful reintegration into the community.

Basically, federal offenders are not considered as beneficiaries of the provincial health system and come completely under federal responsibility.

risque de causer un autre épisode de psychose. Voler des vies, voler l'espoir et les modestes ambitions que nous avons en nous et les remplacer par des soins en milieu surveillé à l'intérieur ou à l'extérieur des institutions, c'est un crime perpétuel contre notre communauté et c'est la honte de notre pays.

Nous avons appris que nous ne pouvons dépendre de ceux qui travaillent dans ce système pour nous aider. Nous ne pouvons pas nous attendre à ce qu'ils nous perçoivent comme des personnes à part entière, derrière nos diagnostics obscurs. Nous avons besoin d'un peu des ressources allouées aux institutions et aux agences pour créer nos propres chemins et débouchés. Nous avons besoin que le gouvernement fédéral reconnaisse pleinement nos droits de citoyens.

Nous nous transformons, malgré la stigmatisation, la coercition et la pauvreté. Nous espérons faire changer ce système, qui au lieu d'aider et de guérir, continue de placer des obstacles, des barrières et des limites sur notre chemin. Nous voulons de l'aide, des gens qui sauront écouter et réagir, des ressources, l'accès à un logement, à une éducation et à un emploi décents.

Les maladies mentales sont suffisamment difficiles, mais les effets indésirables — les conséquences d'être catégorisé malade mental au Canada — ne devraient pas être tolérées dans notre pays. Nous avons perdu tellement ces dernières décennies, il est temps que cela change.

M. Larry Motiuk, directeur général, Recherche, Service correctionnel du Canada: C'est un honneur de témoigner aujourd'hui et de vous fournir de l'information au nom du Service correctionnel du Canada, SCC, sur la question de la santé mentale et des maladies mentales, surtout relativement au système correctionnel fédéral. Mme Françoise Bouchard, directrice générale des Services de santé du SCC, m'accompagne. C'est elle qui va commencer.

Mme Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé, Service correctionnel du Canada: L'année dernière, nous avons produit une série de rapports au SCC.

Notre présentation aujourd'hui sera axée sur le mandat du SCC, une description des questions et sur la prévalence des troubles mentaux chez les délinquants du Système correctionnel fédéral — M. Motiuk parlera de cette dernière question. Nous vous fournirons également de l'information sur la prévalence et la nature de ces problèmes de santé mentale ainsi qu'une description du continuum des soins en santé mentale et de la capacité du SCC aujourd'hui. Nous répondrons volontiers à vos questions.

Le mandat législatif du Service correctionnel du Canada est établi dans la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition — qui énonce:

Le Service veille à ce que chaque détenu reçoive les soins de santé essentiels et qu'il ait accès, dans la mesure du possible, aux soins qui peuvent faciliter son adaptation et sa réinsertion sociales.

En gros, les délinquants sous responsabilité fédérale ne sont pas considérés comme bénéficiaires du système de santé provincial et sont entièrement sous la responsabilité du fédéral.

Furthermore, our policy states, “a continuum of essential care for those suffering from mental, emotional or behavioural disorders will be provided consistent with professional and community standards.”

Mr. Motiuk: If you turn to page five of the presentation deck, you will see a flow showing the process involved for mentally disordered federal offenders.

I will set the frame in which offenders enter into the correctional system. For federal corrections, those who are sentenced to two years or more of incarceration come to our jurisdiction. Those who are sentenced to less than two years go to the provincial jurisdictions. When they arrive to us upon sentence, we conduct a thorough and comprehensive assessment upon admission for each and every individual. I will not go into the full details of the assessment process, but it is comprehensive. It does take a period of time. We ask some fundamental questions in the area of mental health and mental illness.

Following assessment, we develop a correctional plan for each offender. They are directed to either a regular institution or a treatment institution. Ms. Bouchard will describe later the types of services we have in these institutions.

On page six, we have a chart. As I mentioned, we have been systematically assessing our offender population for some time. We invested heavily in the early 1990s to develop an integrated systemic approach for every admission to identify who they are, what kind of problems they experienced and what, particularly, are their needs in order to develop a individualized, case-based treatment plan.

This chart shows the basic trend data over a five-year period ranging from 1997 to 2001. We measure four indicators for each and every admission — of which there are roughly 6,000 to 7,000 each year. We determine if they come with a current diagnosis of a mental disorder, if they have been hospitalized prior to admission and if they have been an outpatient.

As we can see in the graphs the trend line is very clear. It is upward. Six out of every 100 new federal admissions arriving from the court in 1997 were “diagnosed as disordered currently” by 2001, this proportion increased to 8.5 per 100, an increase of nearly 40 per cent.

The table on page seven presents a snapshot of characteristics at admission. There is a difference between the admission population and those currently with us. As you can imagine, many offenders spend a long period of time under sentence and some for life. When we take a snapshot of our offender population we determine how many arrived at the institution with a diagnosis or how many had received mental health services prior to arrival?

De plus, voici ce que prévoit la politique du SCC: «Les détenus qui ont des troubles mentaux, caractériels et comportementaux doivent recevoir un continuum de soins essentiels selon les normes professionnelles et communautaires établies.»

M. Motiuk: Si vous regardez la page 5 de la présentation, vous verrez un tableau qui montre le cheminement des délinquants sous responsabilité fédérale ayant des troubles mentaux.

Je vais parler des contrevenants qui font partie du système correctionnel. Les contrevenants qui sont condamnés à deux ans ou plus d'emprisonnement sont notre responsabilité. Ceux qui sont condamnés à moins de deux ans relèvent des provinces. Lorsqu'il nous arrive après sa condamnation, chaque contrevenant passe par une évaluation exhaustive et détaillée. Je ne vais pas passer en revue les détails de cette évaluation, mais elle est très exhaustive. Elle prend un certain temps. Nous posons des questions fondamentales, au sujet de la santé mentale et des maladies mentales.

Après cette évaluation, nous concevons un plan correctionnel pour chaque contrevenant. Ils sont aiguillés soit vers un établissement ordinaire, soit vers un centre de traitement. Mme Bouchard décrira plus tard le genre de services qui sont offerts dans ces établissements.

À la page 6, vous trouverez un tableau. Comme je l'ai dit, nous évaluons systématiquement nos délinquants depuis un certain temps. Nous avons beaucoup travaillé, dans les années 90, pour mettre en place une approche systémique intégrée pour chaque admission, afin de savoir qui ils sont, quels genres de problèmes ils vivent et quels sont leurs besoins, pour pouvoir concevoir un plan de traitement individuel et personnalisé.

Ce diagramme vous montre les tendances de base que l'on observe sur une période de cinq ans, de 1997 à 2001. Nous avons mesuré quatre indicateurs pour chacune des admissions — entre 6 000 et 7 000 par an environ. Nous déterminons s'ils arrivent avec un diagnostic de troubles mentaux, s'ils ont été hospitalisés avant d'être admis et s'ils ont déjà été des malades externes.

Comme vous pouvez le voir sur ce graphique, les courbes sont claires. Elles augmentent. En 1997, sur 100 délinquants venant des tribunaux et nouvellement admis dans le système correctionnel fédéral, six faisaient l'objet d'un «diagnostic actuel de trouble mental». En 2001, cette proportion était passée à 8,5 p. 100, une augmentation de près de 40 p. 100 en cinq ans.

Le tableau de la page 7 vous offre un instantané des caractéristiques à l'admission. Il y a une différence entre les délinquants à l'admission et ceux qui sont actuellement chez nous. Comme vous vous en doutez, beaucoup de délinquants purgent une peine très longue et d'autres sont emprisonnés à vie. Lorsque l'on prend un instantané de notre population de délinquants, nous déterminons combien arrivent chez nous avec un diagnostic et combien ont reçu des services de santé mentale avant leur arrivée.

More than one out of every 10 men and two out of every 10 women under federal jurisdiction were diagnosed as having a mental disorder upon admission. This number tells us that somewhere between 11 and 12 per cent of our population currently have issues in this regard.

On the following page, you can see what kinds of health concerns exist at intake. It comes as no surprise that the majority of our offender population have significant issues with substance abuse and addictions. Currently, we know that 80 per cent of our offender population arrives with a need for intervention in this area. A link can be with the abuse or addiction to their crime or offence in approximately 50 per cent of the cases. Note too that a percentage of men have had issues in terms of suicide and other kinds of emotional disturbance upon arrival.

In the late 1980s, we engaged in a large epidemiological survey to get beyond just prevalence of mental disorder within our institutional populations to arrive at the nature. We have conducted a number of studies and I would be pleased to make these available to members of the committee. They have been published in the past and are available on our Internet sites. These studies provide many details on the nature and prevalence on mental disorder within our offender populations. You can see some figures here that show that there is considerable complexity in the number of issues that our population present.

In respect of the number of comparisons of not only people in the institutions but also those under supervision, Correctional Service Canada is currently responsible for managing about 12,500 inmates and 8,000 or 9,000 offenders on conditional release under active supervision by our parole officers. We realize that some of these individuals present concerns in terms of management in the community as well.

The table on page 11 shows the incidence of co-morbidities or co-occurring mental disorders. It is clear that within our offender population many of these individual cases represent multiple problems. We have done many studies on co-morbidity. Some have been done on both the provincial and federal correction systems. We see that there are co-occurring disorders. The issue of substance abuse co-occurring with other major disorders is quite and high.

We see in our population major categories of disorders that are about two to three times higher in our inmate population relative to the general population in the community. There is also a lifetime prevalence rate of mental disorder in about 84 per cent of our population, which is more than twice that of the general population.

According to recent trends, the percentage of the federal offender population with mental health problems is growing even though overall prison admissions and the institutional population counts have been in decline. Although offenders with mental disorders still represent a relatively small proportion of the overall population, their increasing numbers and complexity of

Dans le cas de plus d'un homme sur dix et de deux femmes sur dix sous responsabilité fédérale, on a établi, lors de l'admission, qu'ils avaient déjà fait l'objet d'un diagnostic de trouble mental. Ce chiffre nous indique qu'environ 11 ou 12 p. 100 de notre population de délinquants ont actuellement des problèmes de santé mentale.

À la page suivante, vous verrez le genre de problèmes de santé mentale qui existent à l'admission. Vous ne serez pas surpris de voir que la majorité de la population des délinquants ont des problèmes importants de toxicomanie. Actuellement, nous savons que 80 p. 100 de notre population, à l'admission, nécessitent une intervention à ce sujet. On peut établir un lien entre la toxicomanie et leur crime ou leur infraction, dans presque 50 p. 100 des cas. Vous remarquerez également qu'un certain pourcentage d'hommes ont des problèmes relatifs au suicide ou autres perturbations affectives à leur arrivée.

À la fin des années 80, nous avons mené une étude épidémiologique d'envergure pour aller au-delà de la simple prévalence des maladies mentales de notre population, pour cibler la nature de ces troubles. Nous avons mené plusieurs études et je serai heureux de les mettre à la disposition des membres du comité. Elles ont été publiées et sont disponibles sur nos sites Internet. Ces études décrivent en détail la nature et la prévalence des troubles mentaux de notre population de délinquants. Vous trouverez certains de ces chiffres, qui font état de la complexité considérable des problèmes entourant les troubles recensés.

En ce qui concerne le nombre de comparaisons non seulement des personnes institutionnalisées mais également de celles qui sont supervisées, le SCC est actuellement responsable de 12 500 détenus et 8 000 ou 9 000 contrevenants en liberté conditionnelle qui sont actuellement supervisés par nos agents de libération conditionnelle. Nous comprenons que certaines de ces personnes peuvent soulever des préoccupations dans la communauté également.

Le tableau de la page 11 fait état de l'incidence des troubles mentaux concomitants. Il est clair qu'au sein de notre population de délinquants, beaucoup de cas présentent des troubles multiples. Nous avons fait plusieurs études sur la comorbidité, autant dans les systèmes correctionnels provincial et fédéral. Nous voyons qu'il existe des troubles mentaux concomitants. La toxicomanie est souvent associée à d'autres troubles importants.

Nous recensons dans notre population plusieurs grandes catégories de troubles dont la fréquence est deux à trois fois plus élevée chez les détenus que dans le reste de la population. Le taux de prévalence à vie de troubles mentaux lors de l'admission est de 84 p. 100. Il est deux fois plus élevé que celui observé dans la population générale.

Les tendances récentes indiquent que le pourcentage des délinquants de responsabilité fédérale ayant des problèmes de santé mentale augmente même si le nombre de délinquants admis dans les pénitenciers et la population carcérale diminuent. Bien que les délinquants souffrant de troubles mentaux ne forment toujours qu'une proportion relativement minime de la population

problems — multi-morbidity — are cause for concern. Access to mental health services and treatment — particularly medication — requires an enhanced CSC response capacity.

Ms. Bouchard: We also brought a recent publication of the Canadian Public Health Association that portrays a better picture of the health care needs assessment of federal inmates in Canada. There is a chapter on mental health. It comprises some of the studies to which Mr. Motiuk has referred. It also provides a more detailed description of some of the issues regarding mental health and recidivism. I will leave copies with the committee.

The issue of mental health treatment for offenders is one that we must face as an organization. Inmates come in with two types of need: criminogenic needs — the nature of the corrections business — and mental health treatment needs. Mental health treatment for offenders is required if we want to reduce the disabling effects of serious mental illness in order to maximize each inmate's ability to participate electively in correctional programs; to help keep the prison safe for staff, inmates, volunteers and visitors; and to decrease the needless extremes of human suffering caused by mental illness.

Treatment of mentally ill offenders should improve their chances to follow their correctional plans, to participate in the programs that are offered regarding their criminogenic needs, and to prepare them for community release.

A continuum of mental health services has been recommended that we implement within Correctional Services. That includes crisis intervention, acute care programs, chronic care programs, special needs units, outpatient treatment in terms of the institution versus our treatment centres, consultation services to our regular institutions, as well as discharge and transfer planning.

How well do we do in that?

We have established five regional treatment centres, four of which are psychiatric hospitals in the provinces where they are located. In the Atlantic region we have the Shepody Healing Centre, which has 40 beds available; the Quebec region has 120 beds at the Archambault unit; in the Ontario region, there is the Regional Treatment Centre in Kingston, with 149 beds; in the Prairie region, there is the Regional Psychiatric Centre, a 194-bed facility that is also linked to the University of Saskatchewan through a special agreement; the Pacific region has the Regional Treatment Centre in Abbotsford with 192 beds.

We also provide intermediate and ambulatory care to our regular institutions. Intermediate care for the treatment of our chronically mentally disordered offenders and those requiring crisis intervention and transitional care is provided by mental health staff — mostly psychologists, nurses and contract psychiatrists during clinics — located in regular institutions.

carcérale globale, il y a lieu de s'inquiéter du fait que leur nombre augmente. L'accès aux services de santé mentale et aux traitements, en particulier aux médicaments, exige une intervention toujours plus efficace de la part de SCC.

Mme Bouchard: Nous vous avons également apporté une publication récente de l'Association canadienne de santé publique qui donne une bonne idée de l'évaluation des besoins en santé des détenus fédéraux au Canada. Il y a un chapitre qui porte sur la santé mentale. Elle comprend certaines des études dont M. Motiuk a parlé. Elle fournit également une description plus détaillée de certaines questions relatives à la santé mentale et à la récidive. J'en remettrai des exemplaires au comité.

En tant qu'organisme, nous devons nous occuper de la question du traitement des détenus atteint de maladie mentale. Il existe deux types de besoins chez les détenus: les besoins criminogènes — la nature même des centres correctionnels — et les besoins de traitements en santé mentale. Les soins de santé mentale pour les délinquants servent à réduire les effets invalidants des maladies mentales graves afin d'optimiser la capacité de chaque détenu de participer de plein gré aux programmes correctionnels; à contribuer au maintien d'un milieu carcéral sûr pour le personnel, les détenus, les bénévoles et les visiteurs; et à atténuer les extrêmes inutiles de la souffrance humaine causée par la maladie mentale.

Grâce aux traitements reçus, les délinquants ayant des troubles mentaux sont davantage en mesure de suivre leur plan correctionnel, de participer aux programmes et de se préparer en vue de leur mise en liberté.

Un éventail de soins de santé mentale a été recommandé au SCC, et nous le mettons en application. Il comprend l'intervention en situation de crise, les programmes de soins actifs, les programmes de soins chroniques, les unités spécialisées, le traitement des malades externes dans les centres de traitements plutôt que les institutions, les services de consultation dans nos institutions, ainsi que la planification des congés et des transferts.

Où en sommes-nous?

Nous avons mis sur pied cinq centres régionaux de traitement dont quatre sont des hôpitaux psychiatriques dans les provinces où ils sont situés. Dans la région de l'Atlantique, il y a le centre de rétablissement Shepody qui offre 40 places; dans la région du Québec, l'Unité de santé mentale de l'établissement Archambault, 120 places; dans la région de l'Ontario, le Centre régional de traitement — pénitencier de Kingston, 149 places; dans la région des Prairies, le Centre psychiatrique régional, à Saskatoon, 194, places et dans la région du Pacifique, le Centre régional de traitement, établissement du Pacifique, avec 192 places.

Nous fournissons également des soins intermédiaires et ambulatoires dans nos établissements ordinaires. Les soins intermédiaires pour délinquants atteints de troubles mentaux chroniques ou nécessitant une intervention d'urgence et des soins transitoires sont fournis par des membres du personnel de la santé mentale — surtout des psychologues, des infirmiers et infirmières et des psychiatres à contrat — dans des cliniques rattachées aux établissements ordinaires.

Each of our own institutions has what is supposed to constitute a mental health team to monitor, assess and treat people with mental health problems. Ambulatory care is provided, mostly by psychiatrists and nurses, to those who require additional mental health support while residing in regular institutions. We also have some prevention and psycho-educational programs. We have established a suicide prevention program, for example.

We do have some capacity issues. While our five treatment centres are directed to provide specialized intensive care, they are lacking capacity in respect of resources. We do not have the staffing ratio we would like to achieve, and which is needed to manage those cases. We have many psychologists; however, they are primarily engaged in providing risk assessment related to the inmate's correctional plan. Therefore, often we are struggling to answer the urgent needs, more than the long-term needs.

Currently, there is no formal training for our staff — I am referring to correctional staff. Increasingly, as we have offenders with those kinds of disorders, it is clear that staff have to have the special skills needed to manage and answer their needs.

Addressing the needs of offenders who require specialized mental health intervention can reduce the “revolving door” phenomenon. There is what we call a revolving door between corrections, both federal and provincial, but also the community, where often people who are afflicted with mental health disorders find themselves in the criminal justice system. While mentally disordered offenders are often less likely to reoffend — including violently — they are more likely to return to prison due to a breach of their release conditions — often as a result of inadequate support while they are in the community.

Based on the points we have shared with you, we have some observations. There is a need for a comprehensive, inter-jurisdictional strategy for the identification of management of offenders with mental disorders. While we try to do a comprehensive assessment at reception, much still needs to be done in respect of those identifying offenders who have mental health problems early in their sentences. That should also occur within the provincial systems as early as possible.

There is a need to have better links between the justice system and the health care system within the provinces. The search for solutions should start before imprisonment for those afflicted with mental health disorders. Within the federal corrections system, work is under way to improve capacities to assess and treat. However, we have no guarantees we will ever have additional resources to do that. We are, right now, conducting a review of our utilization of beds in our treatment centres to

Chacun de nos établissements comprend ce qui est censé constituer une équipe de santé mentale pour surveiller, évaluer et traiter les personnes atteintes de troubles mentaux. Les soins ambulatoires sont fournis principalement par les psychiatres et le personnel infirmier aux délinquants qui ont besoin de soins de santé mentale supplémentaires pendant leur incarcération dans un établissement ordinaire. Nous fournissons également des programmes psychoéducatifs et des programmes de prévention. Nous avons mis sur pied un programme de prévention du suicide, par exemple.

Nous avons des problèmes de capacité dans le système correctionnel fédéral. La SCC dispose de cinq centres de traitements spécialisés répartis dans l'ensemble du pays. Ces centres ne sont toutefois pas munis de ressources comparables à celles des établissements communautaires de psychiatrie légale dans les provinces. L'effectif du SCC compte de nombreux psychologues; toutefois, leur tâche principale consiste à évaluer le risque aux fins de la prise de décisions en matière de mise en liberté sous condition. Par conséquent, nous avons souvent du mal à répondre aux besoins urgents, plus qu'aux besoins à long terme.

Actuellement, le personnel correctionnel n'obtient aucune formation particulière dans le domaine de la santé mentale. Or, étant donné que de plus en plus de délinquants présentent ce genre de maladies, il est clair que notre personnel doit avoir des compétences spécialisées pour gérer leurs besoins et s'en occuper.

En s'occupant des besoins des délinquants qui nécessitent des soins spécialisés de santé mentale, on peut réduire le phénomène de la «porte tournante». Il existe ce que l'on appelle une porte tournante entre les services correctionnels, à la fois fédéraux et provinciaux, mais également dans les communautés, où les gens atteints de troubles de santé mentale se retrouvent dans le système de justice criminelle. Alors que les délinquants ayant des troubles mentaux sont moins susceptibles de récidiver — notamment de manière violente —, ils sont plus susceptibles de retourner en prison à cause d'une violation de leur liberté conditionnelle, qui est souvent le résultat d'un soutien inadéquat lorsqu'ils réintègrent la société.

À partir des éléments dont nous venons de vous faire part, nous avons certaines observations. Il faut établir une stratégie des besoins pour fins d'identification et de traitement des délinquants présentant des problèmes de santé mentale. Même si nous essayons de procéder à un examen lors de l'admission des délinquants, il reste beaucoup à faire en matière d'identification des délinquants atteints de problèmes de santé mentale, dès leur incarcération. C'est ce qui doit se produire dans les systèmes provinciaux également.

Il faut établir un lien entre le système de justice et les soins de santé au sein des provinces. La recherche des solutions doit débuter avant l'incarcération, pour les délinquants présentant des problèmes de santé mentale. Dans le système correctionnel fédéral, il faut améliorer la capacité de diagnostic et de traitement. Cependant, on ne nous garantit pas des ressources supplémentaires pour cela. Actuellement, nous faisons un examen de notre utilisation des lits dans nos centres de traitement, pour

maximize and direct them to those who have the most needs. Sometimes that calls for a change of culture between correctional culture and treatment culture, so there is lots of work still to be done.

Our last observation is the issue of continuity of care when people are released. This calls for better links between us, at the federal correctional level, and our provincial counterparts and the community mental health care out there. Partnerships are key to address those gaps, but what will be the incentive to create those partnerships?

Ms. Margaret Jackson, Director, Institute for Studies in Criminal Justice Policy, Simon Fraser University: Madam Chair and honourable senators, thank you for this opportunity to talk about this issue.

I would like to touch on a number of the issues that have been raised this morning, primarily arising out of prevalence of mental illness and substance abuse among federally sentenced inmates. Some of what I will say will be redundant, but I suspect will be framed and possibly interpreted a bit differently, so I do ask for your patience.

I will speak about the prevalence rate, then reference noted difficulties arising from problems associated with what I see as a lack of holistic programming to link these various areas of disorders — that is, mental disorder and substance abuse. Finally, and more generally, I would like to place this consideration within a wider policy framework.

I would like to acknowledge that my main sources of current information, apart from my own background, are this current edition of the *Canadian Journal of Public Health* that was referenced earlier and passed around, as well as an interview with Dr. Johan Brink, who is currently the director of research for the Forensic Services Commission of British Columbia. He is the author of one of the only two prevalent studies on mental disorder among federally sentenced inmates considered in that overview that you have and elsewhere.

I will outline what I see as a key issue, starting with the high prevalence rate. In part, it is understandable given that such studies are stressful by definition and may exacerbate any existing disorders. The prevalence is thought to be highly underestimated because of inadequate resources for assessment, treatment and follow-up of mental disorder, especially given the high rates of comorbidity that were referenced earlier; that is, someone could be diagnosed as having a mental disorder as well as having a substance abuse disorder.

This is made more of a problem because of a lack of standardized assessment protocols upon entry to CSC for mental disorder. Studies in other prison systems have shown that detection rates of mental disorders in prisons during initial assessment can be low; and that only a minority of those who are acutely psychotic or have other disorders are identified. It is the opinion of Dr. Brink that the normal detection rate is quite low upon entry here in Canada as well. His B.C. study found that

optimiser les ressources et les affecter à ceux qui en ont le plus besoin. Parfois, cela nécessite un changement de culture, entre la culture correctionnelle et la culture du traitement, ce qui veut dire qu'il reste beaucoup de travail à faire.

Notre dernière observation porte sur l'importance d'aplanir les conflits de compétences pour assurer la continuité des soins lors de la libération dans la communauté. Cela exige de meilleurs liens entre nous, le système correctionnel fédéral et nos homologues provinciaux ainsi que les professionnels des soins de santé mentale. Les partenariats sont la clé pour combler les lacunes de ce genre, mais qu'est-ce qui nous incitera à établir de tels partenariats?

Mme Margaret Jackson, directrice, Institut d'études en politiques de justice pénale, Université Simon Fraser: Madame la présidente, honorables sénateurs, merci de me donner la possibilité de prendre la parole aujourd'hui.

J'aimerais traiter de plusieurs questions qui ont déjà été soulevées ce matin, surtout au sujet de la prévalence des maladies mentales et de la toxicomanie au sein de la population carcérale fédérale. Ce que je vais vous dire vous semblera peut-être redondant, mais je crois que cela peut être interprété un peu différemment, alors je vous demande d'être patients.

Je vais parler du taux de prévalence, et des difficultés qui découlent des problèmes associés à ce qui me semble être un manque de programmes holistiques pour établir des liens entre ces différents types de maladies — c'est-à-dire, les maladies mentales et la toxicomanie. Enfin, et plus généralement, j'aimerais intégrer cette réflexion au cadre stratégique général.

Mes sources principales pour cette information, en plus de mon propre bagage, sont la dernière édition de *La revue canadienne de santé publique*, dont on a parlé plus tôt et qui a été distribuée, ainsi qu'un entretien avec le Dr Johan Brink, qui est actuellement directeur de recherche à la Forensic Services Commission de la Colombie-Britannique. Il est l'auteur d'une des deux seules études répandues sur les maladies mentales chez les détenus des services correctionnels fédéraux, ceux qui font partie de l'aperçu que vous avez et les autres.

Je soulignerais ce qui me semble être une question clé, c'est-à-dire le taux de prévalence important. Il est compréhensible en partie étant donné que ces études sont stressantes par définition et peuvent exacerber les maladies existantes. On pense que cette prévalence est grandement sous-estimée, à cause des ressources inadéquates affectées aux évaluations, au traitement et au suivi des maladies mentales, surtout étant donné les taux élevés de comorbidité, dont on a parlé plus tôt. C'est, par exemple, quelqu'un qui est diagnostiqué comme étant à la fois malade mental et toxicomane.

La situation est empirée par l'absence de protocoles d'évaluation normalisés des troubles mentaux lors de l'arrivée du détenu au SCC. Les études effectuées dans d'autres systèmes carcéraux ont révélé que les taux de détection pour troubles mentaux dans les prisons lors de l'évaluation préliminaire sont assez faibles; en fait, seule une minorité de ceux qui sont atteints de psychoses graves ou d'autres troubles mentaux sont identifiés. Le Dr Brink est d'avis que le taux normal de détection est très

84 per cent of inmates had at least one current or lifetime DSM4 psychiatric diagnosis including substance abuse — more than double the 40.7 per cent prevalence rate found in a Canadian study in a general male community population. It is true that substance abuse disorders are extremely common in the majority of inmates meeting diagnostic criteria for abuse or dependence.

With this issue of co-morbidity, there is the issue of appropriate programming that reflects and acknowledges that problem of co-morbidity. You can have, for example, 75 per cent of those diagnosed with schizophrenia also being diagnosed with one or two other disorders. Women prisoners, although figures have not been validated in existing studies, have been found, interestingly enough, to have higher rates of mental disorder and substance abuse problems, including higher rates of suicide than male offenders, and they experience similar problems arising from co-morbidity. The prevalence table provided to you gives another kind of breakdown from this review article according to security level and gender breakdown.

In addition to difficulties upon entry into CSC with appropriate diagnosis, there is also insufficient focus and attention on the identification of mental illness and disorder in the remand centres, and there are inadequate resources for true diversion. Few are referred for specialized pre-trial psychiatric assessments and, though it is true that more is known about the rates of major mental illness, there is less known about disorders traditionally regarded as less serious but suspected of contributing significantly to criminal behaviour. For example, we have attention deficit disorder, serious impulsivity, FAS/FAE, anxiety and mood disorders, history of traumatic brain injury and serious personality disorders other than antisocial.

The problem in part may arise from the disjuncture between the correctional as opposed to mental health systems paradigms and goals. Understandably, correctional programming is focused upon the identification and reduction of criminogenic risk factors referenced previously with the goal of reducing recidivism. Mental health treatment goals are to address the mental disorder and thereby improve the inmate's ability to function. I would argue that those needs should be dealt with before the inmate can benefit from the other kinds of programming, such as cognate programming.

Also, within correctional settings in the community, as we have heard from the first witness there is a stigma attached to mental illness and thus resistance to seeking out and maintaining treatment. For diagnosed mental illness problems, the regional

faible ici au Canada lors de l'arrivée d'un détenu en milieu carcéral. L'étude qu'il a effectuée en Colombie-Britannique a révélé que 84 p. 100 des détenus avaient un diagnostic psychiatrique DSM4 de maladie mentale passagère ou chronique accompagnée de toxicomanie — soit plus de deux fois la moyenne de 40,7 p. 100 identifiée chez la population canadienne mâle en milieu non carcéral. De plus, des troubles associés à la toxicomanie ou à l'alcoolisme ont été identifiés dans la majorité des détenus qui, selon les critères, avaient des signes diagnostiques de consommation excessive ou de dépendance.

Quant à la comorbidité, il faut des programmes appropriés qui reflètent et reconnaissent ce problème. Vous pouvez, par exemple, déterminer que 75 p. 100 de ceux qui sont diagnostiqués schizophréniques ont également reçu un diagnostic pour un ou deux autres troubles mentaux. Fait singulier, les détenues, même si les chiffres n'ont pas été validés dans les études disponibles, connaissent des taux plus élevés, de troubles mentaux et de problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme, y compris des taux de suicide plus élevés, que chez les détenus, et elles connaissent les mêmes problèmes associés à la comorbidité. Le tableau faisant état des taux de prévalence qu'on vous a fourni vous donne une autre ventilation des résultats obtenus lors de cette étude, en fonction du niveau de sécurité et du genre du détenu.

Aux problèmes liés au diagnostic approprié de troubles mentaux à l'arrivée au SCC, s'ajoute le fait qu'on n'accorde pas une attention suffisante à l'identification des troubles mentaux dans les centres de détention provisoire et qu'on ne dispose pas des ressources adéquates pour assurer une véritable réaffectation des détenus. Très peu d'entre eux ont accès à des évaluations psychiatriques spécialisées avant l'instruction et, même s'il est vrai que l'on en connaît plus long sur les taux d'incidence des principaux troubles mentaux, on en connaît beaucoup moins sur les troubles qui traditionnellement ont été jugés moins graves, mais qui pourraient contribuer de façon marquée au comportement criminel. Par exemple, il suffit de mentionner l'hyperactivité avec déficit de l'attention, des troubles d'impulsion graves, le SAF et les effets de l'alcoolisme foetal, l'anxiété et les troubles d'humeur, les antécédents de traumatisme cérébral et de graves troubles de personnalité, outre le comportement antisocial.

Le problème est peut-être attribuable, en partie, au fait qu'il n'existe aucun lien entre les paradigmes et les objectifs du système correctionnel et du système de santé mentale. Évidemment, l'établissement de programmes par le secteur des services correctionnels porte sur l'identification et la réduction des facteurs-risques criminogènes qu'on a mentionnés plus tôt afin de réduire la récidive. Les objectifs de traitement de troubles mentaux visent à s'attaquer aux troubles mentaux et donc à améliorer la capacité de fonctionner du détenu. À mon avis, il faut s'occuper de ces priorités si l'on veut que le détenu puisse profiter pleinement des autres types de programmes, comme ceux offerts par les services correctionnels.

De plus, en milieu correctionnel, comme nous l'a dit le premier témoin, un stigmate est associé aux troubles mentaux et les détenus hésitent donc à obtenir des traitements ou à continuer à les recevoir. Pour les troubles mentaux diagnostiqués, les centres

psychiatric centres have established treatment programs that are good models. However, fewer such resources exist within the penitentiaries. There are various substance abuse programs in the penitentiaries and a wide array of other programming such as methadone treatment program and the offender pre-release substance abuse program and the community-based choices program. The point is that both kinds of disorders should be considered together because they often exacerbate one another.

The same problems exist once the offender is released back into the community, as we have heard, often untreated for an undiagnosed mental disorder because of the same stigmas and resistance by the community, mental health facilities, clinics and boarding homes in accepting the mentally disordered ex-offender. Thus, that ex-offender may become homeless and without a support system. The actual case sketched out for you in the handout speaks to this but I believe that the testimony of the first witness was more compelling in delivering the story of such individuals.

Often there are inadequate counselling and treatment services on the outside and that can lead to the old notion of bus therapy or the revolving-door syndrome, which means that these individuals are shunted back and forth between the mental health and correctional settings with no real solution for them. This has occurred in part because of the long-term trend towards the de-institutionalization of individuals who traditionally would have been cared for in mental health settings. Thus, we have the de-institutionalization from the mental health system and the institutionalization of the mentally ill within the criminal justice system.

The main issues in the phenomenon we are discussing today have to do with policy and procedure. The Corrections and Conditional Release Act, 1992, which was referred to earlier, obliges CSC staff to ensure that the human rights of all prisoners are protected. In addition to the protection of human rights emphasis, I would argue that there may well be section 7 Charter concerns on a related issue of security of person for these individuals.

I also agree that, ultimately, we have to look at the mission statement and its objectives for the Correctional Services of Canada as the ultimate measure against which we have to make meaning of the problems, the diagnosis and the treatment of mental disorder in correctional settings; and the lack of holistic connections in treatment, and programming between substance abuse and other mental disorders.

The mandate of the CSC is to actively encourage and assist offenders to become law-abiding citizens. It is to provide opportunities for the development of social and living skills, while exercising reasonable, safe, secure and humane control. This is the obvious measure to judge CSC's effectiveness in

psychiatriques régionaux ont lancé des programmes de traitement qui sont de bons modèles. Cependant, il existe peu de ressources de ce genre dans les pénitenciers. Il existe divers programmes pour ceux qui ont des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme dans les pénitenciers et toutes sortes d'autres programmes comme le traitement de méthadone et les programmes d'aide aux toxicomanes et alcooliques offerts avant la libération du détenu; il y a également des programmes offerts en communauté. Le fait est que ces deux types de troubles mentaux devraient être traités ensemble parce qu'ils se présentent souvent chez le même détenu.

Les mêmes problèmes existent une fois que le détenu est libéré, comme on nous l'a dit, car bien souvent il ne reçoit pas de traitement pour un trouble mental qui n'a pas été diagnostiqué à cause de la stigmatisation et de la résistance qui existent au sein de la communauté, des services de soins de santé, des cliniques et des centres d'hébergement, qui hésitent à accepter un ancien détenu qui souffre de troubles mentaux. Ainsi, cet ancien détenu peut se retrouver sans abri et sans système de soutien. L'exemple présenté dans cette brochure explique bien la situation, mais je crois que le témoignage du premier témoin était beaucoup plus convaincant pour illustrer ce que vivent ces détenus.

Il n'existe souvent pas de services de traitement ou de counselling appropriés dans la communauté et cela crée un système à porte tournante ou de thérapie au petit bonheur, si bien que ces particuliers font la navette entre le centre de santé mentale et le pénitencier et qu'aucune solution n'est offerte à leur problème. Cela se produit en partie parce qu'on essaie depuis longtemps de donner leur congé à ceux qui normalement auraient reçu des traitements dans un contexte institutionnel. Il en résulte une désinstitutionnalisation dans le système de santé mentale et une institutionnalisation des malades mentaux dans le système carcéral.

Les principaux aspects de ce phénomène dont nous discutons aujourd'hui concernent la politique et la procédure. La Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, de 1992, dont on a parlé plus tôt, oblige le personnel de SCC à veiller à la protection des droits de la personne de tous les détenus. En plus de mettre l'accent sur la protection des droits de la personne, je dirais qu'il existe sans doute des préoccupations relevant de l'article 7 de la Charte sur une question connexe de sécurité de la personne dans le cas des détenus.

Je conviens également qu'en bout de ligne, l'examen de l'énoncé du mandat et des objectifs du Service correctionnel du Canada sera le dernier moyen de comprendre les problèmes, le diagnostic et le traitement des troubles mentaux en milieu correctionnel; et l'absence de liens holistiques en matière de traitements et de programmes entre l'abus d'alcool ou d'autres drogues et d'autres troubles mentaux.

Le mandat du SCC consiste à encourager activement les contrevenants à devenir des citoyens respectueux des lois et à les aider en ce sens. Il consiste à leur offrir des possibilités de développer des aptitudes sociales et des connaissances pratiques tout en exerçant un contrôle raisonnable, sûr et humain. C'est le

respect of the diagnosis, treatment and rehabilitation of mentally disordered offenders in their system and after release from the system back into the community as law-abiding citizens.

In using that measure, we have seen evidence this morning of a lack in achieving those goals. I support the recommendations made by the previous witness. I have additional recommendations that I will speak to during questions.

The Deputy Chairman: Ms. Jackson, we will ensure our records properly describe your position.

We will now hear from Mr. Bill Cameron and Ms. Marie-Chantal Girard from Human Resources and Skills Development Canada.

Mr. Bill Cameron, Director General, National Secretariat on Homelessness, Human Resources and Skills Development Canada: To clarify, we are with HRSD but the National Secretary on Homelessness reports to Ms. Claudette Bradshaw, Minister of Labour and Minister responsible for Homelessness.

The National Homelessness Initiative was launched in 1999. It is a community-based initiative directed toward trying to alleviate and, to some extent, prevent homelessness in communities across Canada. There are roughly 61 communities in Canada involved in the program, which represent over 75 per cent of the population. The fundamental principle of the National Homelessness Initiative is community based. In other words, the community groups and stakeholders come together to develop a community plan to address homelessness in both the short and long term within the community. Part of that planning process is to identify the gaps and the priorities that need to be addressed when looking at homelessness.

The second key element of the National Homelessness Initiative is that the community itself decides on which one of these priorities are to be funded and the community is responsible for seeking the funding through a request for proposal. The National Homelessness Initiative is primarily a community-based initiative led by the community. Decisions are made by the community and, in some cases, delivered by communities, municipalities and a wide range of partners from Aboriginal entities to municipal entities. There is an Aboriginal component to the program. We work in conjunction with a wide range of partners across Canada.

The objective of the National Homelessness Initiative is to provide a comprehensive continuum of support to encourage self-sufficiency and to prevent those at risk from falling into homelessness. There is a wide range of supports around needs assessment; outreach; emergency accommodation — shelters; transitional and supportive facilities, used when people move from shelters to transitional and supportive facilities to move toward a more sustainable and independent lifestyle; and, of course, community capacity building. We need to work with

critère évident en fonction duquel on peut évaluer l'efficacité du SCC au niveau du diagnostic, du traitement et de la réadaptation des contrevenants ayant des troubles mentaux qui se trouvent dans le système et après leur libération du système, lorsqu'ils sont de retour dans la communauté en tant que citoyens respectueux des lois.

En utilisant ce critère, nous avons constaté ce matin une lacune pour ce qui est de la concrétisation de ces objectifs. J'appuie les recommandations formulées par le témoin précédent. J'ai des recommandations supplémentaires à faire dont je parlerai au moment des questions.

La vice-présidente: Madame Jackson, nous nous assurerons que notre compte rendu décrit correctement votre position.

Nous allons maintenant entendre M. Bill Cameron et Mme Marie-Chantal Girard de Ressources humaines et Développement des compétences Canada.

M. Bill Cameron, directeur général, Secrétariat national pour les sans-abri, Ressources humaines et Développement des compétences Canada: Je tiens à préciser que nous faisons partie de RHDC, mais que le Secrétariat général pour les sans-abri relève de Mme Claudette Bradshaw, qui est la ministre du Travail et la ministre responsable des sans-abri.

L'Initiative nationale pour les sans-abri a été lancée en 1999. Il s'agit d'une initiative communautaire visant à atténuer et, dans une certaine mesure, à prévenir l'itinérance dans certaines collectivités du Canada. Il y a environ 61 collectivités au Canada qui participent au programme, ce qui représente plus de 75 p. 100 de la population. Le principe fondamental de l'Initiative nationale pour les sans-abri repose sur la communauté. En d'autres mots, les groupes communautaires et les intervenants se réunissent pour établir un plan communautaire destiné à régler le problème du sans-abrisme à court et à long terme au sein de la collectivité. Le processus de planification consiste entre autres à déterminer les lacunes et les priorités dont il faut s'occuper en ce qui concerne les sans-abri.

Le deuxième élément principal pour les sans-abri, c'est que la collectivité décide elle-même des priorités qui seront financées et la collectivité est chargée d'obtenir le financement à l'aide d'une demande de propositions. L'Initiative nationale pour les sans-abri est principalement une initiative communautaire, dirigée par la collectivité. Les décisions sont prises par la collectivité et, dans certains cas, exécutées par les collectivités et les municipalités et une vaste gamme de partenaires, depuis des entités autochtones jusqu'à des entités municipales. Le programme comporte un volet autochtone. Nous travaillons en collaboration avec une vaste gamme de partenaires d'un bout à l'autre du Canada.

L'objet de l'Initiative nationale pour les sans-abri est d'assurer un vaste continuum d'appuis pour encourager l'autonomie et empêcher les personnes à risque de devenir sans-abri. Il existe une vaste gamme de mécanismes de soutien pour entre autres évaluer les besoins; offrir une action sociale; un hébergement d'urgence — comme des refuges; des installations de transition et des logements avec services de soutien utilisés lorsque les personnes passent de refuges à des établissements de transition et de soutien destinés à faciliter leur transition vers un style de vie indépendant qui leur

communities to try to address homelessness with a wide range of groups. This is a complex and difficult problem and community groups need all the support they can get.

[*Translation*]

Mental health issues are dealt with on two levels within the NHI. Firstly, investments are made in communities to meet the action plan's established priorities for research partners. According to its approach, each community decides for itself which area it wishes to invest in and establishes priorities according to its goals.

Results from these projects have revealed that people suffering from mental health problems are one of the targeted groups.

[*English*]

The community decides where to place its investments and what priorities it will address.

Our community reports indicate that we have invested approximately \$35 million into projects that have indicated that one of their subpopulation groups is suffering from mental illness. Primarily, all projects sort of fill in a template indicating the group a particular project will serve, and one of those groups is people suffering from mental illness. The project could involve training, it could specifically involve FAS/FAE, or it could involve support facilities.

We have two examples of the kind of work we are doing. In Calgary there is an organization called the Horizon Housing Society. That organization acquired an apartment building to be used as transitional housing for persons with mental illness, who are homeless or at risk of being homeless. Another example is the Centre of Addiction and Mental Health in Toronto which is conducting a pilot project to partner with agencies that work with homeless people to enhance their client access to mental health and addiction services offered through the centre.

One of our key products is their investment. The second way the NHI directs its activities to this subpopulation in addressing mental health is through our research agenda.

Health has been identified as one of the categories under our National Research Program. Mental illness is the number one concern in this area. In fact, tomorrow we will be putting out a request for a proposal, and we will be asking the following mental health questions: What is the incidence or prevalence of homelessness among the de-institutionalized? What is the impact of de-institutionalization on the homeless and on

offre des moyens d'existence durables; et bien entendu le renforcement des capacités au niveau communautaire. Nous devons travailler en collaboration avec les collectivités pour tâcher de régler le problème des sans-abri en faisant appel à un vaste éventail de groupes. Il s'agit d'un problème complexe et difficile et les groupes communautaires ont besoin de tout l'appui qu'ils peuvent obtenir.

[*Français*]

Les questions de santé mentale sont abordées à deux niveaux dans le cadre de l'INSA. Elles sont abordées au niveau de nos investissements dans les collectivités pour atteindre les priorités fixées et au niveau du plan d'action pour les partenaires de recherche. Selon l'approche adoptée, chaque collectivité décide du champs dans lequel elle désire investir et se fixe des priorités en fonction des objectifs.

Les données résultant de ces projets ont révélé que l'un des groupes visés est celui des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

[*Traduction*]

C'est la collectivité qui décide où elle investira et quelles seront les priorités dont elle s'occupera.

Selon nos rapports communautaires, nous avons investi environ 35 millions de dollars dans des projets visant des sous-populations où il y a des maladies mentales. Tous ces projets servent essentiellement à établir un modèle permettant d'indiquer le groupe qui sera ciblé par un projet en particulier, et l'un de ces groupes se compose de personnes ayant une maladie mentale. Le projet pourrait comporter de la formation, il pourrait porter plus précisément sur le syndrome d'alcoolisme foetal et les effets de l'alcool sur le foetus, ou il pourrait offrir des installations de soutien.

Nous avons deux exemples du type de travail que nous faisons. Il existe à Calgary une organisation appelée la Horizon Housing Society. Cette organisation a fait l'acquisition d'un immeuble à appartements qui servira de logement provisoire pour les personnes atteintes de maladie mentale, qui sont sans abri ou qui risquent de le devenir. Un autre exemple est le Centre de toxicomanie et de santé mentale à Toronto qui a mis sur pied un projet pilote de partenariat avec des organismes qui travaillent avec les sans-abri pour améliorer l'accès de leurs clients aux services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie offerts par le centre.

L'un de nos produits clé est leur investissement. Notre programme de recherche est la deuxième façon dont l'Initiative nationale pour les sans-abri oriente ses activités à l'intention de cette sous-population en matière de santé mentale.

La santé fait partie des catégories établies dans le cadre de notre programme national de recherche. La maladie mentale est notre première préoccupation dans ce domaine. En fait, demain nous publierons une demande de propositions, et nous poserons les questions suivantes concernant la santé mentale: Quelle est la proportion des sans-abri parmi les personnes désinstitutionnalisées? Quelles sont les répercussions de la

society? How available and accessible are mental health care services and supports for homeless people with mental health problems? What are the existing gaps and shortcomings in the current models? What are the best practices? Is there a tendency toward criminalization and victimization among homeless people with mental health problems?

In the area of homelessness and mental health, we plan to look in the area of availability and accessibility of the medical services to the population.

As part of our research agenda we are currently working in partnership with the Canadian Institutes of Health Research on the Reducing Health Disparities and Promoting Equity for Vulnerable Populations Initiative. One of the projects funded in 2003 under this partnership was the community research think-tank that brought together researchers and community representatives active in the field to identify research directions and approaches in health and homelessness and to explore potential avenues for ongoing collaboration. You will note throughout our presentation that the community is always involved.

This discussion paper written for the think-tank can be found on our Web site.

Providing an overview of existing research, one of the points the paper brings out is that, contrary to popular misconceptions, only a small portion of the homeless population suffers from schizophrenia, and that affective disorders are more common.

From our research along with information coming from the community plans, we have been able to pull together information concerning the situation faced by the homeless population with mental health issues. Some facts we have discovered from these sources include, and this again comes from the community: Approximately 30 to 35 per cent of homeless people in general have a mental illness, and that approximately 20 to 25 per cent of homeless people suffer from concurrent disorders, meaning a combination of severe mental illness and addictions.

Anecdotal evidence also suggests that a large portion of the chronically homeless, the long-term homeless who consume a disproportionate amount of resources such as emergency medical and law enforcement service, has a disabling condition such as mental illness. In fact, between 20 to 25 per cent of the chronically homeless population would probably use up almost 50 per cent of the emergency costs and health cost.

Many health care services to homeless end up being delivered in emergency departments. Subgroups such as youth, women, Aboriginal persons and those suffering from mental illness may also suffer from unique health conditions that require a specialized approach.

désinstitutionnalisation sur les sans-abri et sur la société? Dans quelle mesure les services de soins et les mécanismes de soutien en santé mentale sont-ils accessibles aux sans-abri ayant des problèmes de santé mentale? Quelles sont les lacunes et les carences des modèles actuels? Quelles sont les pratiques exemplaires? A-t-on tendance à criminaliser et à victimiser les sans-abri ayant des problèmes de santé mentale?

En ce qui concerne les sans-abri et la santé mentale, nous prévoyons nous pencher sur la disponibilité et l'accessibilité des services médicaux à la population.

Dans le cadre de notre programme de recherche, nous sommes en train de travailler en partenariat avec les Instituts de recherche en santé du Canada à l'Initiative destinée à réduire les disparités sur le plan de la santé et promouvoir l'équité pour les populations vulnérables. L'un des projets financés en 2003 dans le cadre de ce partenariat est un groupe communautaire de recherche qui a réuni des chercheurs et des représentants de la communauté qui travaillent dans le domaine pour déterminer les orientations et les démarches en matière de recherche en ce qui concerne la santé et les sans-abri et d'étudier des mécanismes possibles permettant d'assurer une collaboration permanente. Vous constaterez tout au long de notre présentation que la collectivité est toujours présente.

Ce document de travail écrit pour le groupe de réflexion se trouve sur notre site Web.

Le document donne un aperçu de la recherche existante et fait entre autres remarquer que contrairement à une idée fausse largement répandue, seule une faible proportion des sans-abri souffrent de schizophrénie, et que les troubles affectifs sont plus courants.

Les résultats de notre recherche, de même que les renseignements provenant des plans communautaires nous ont permis de rassembler des renseignements concernant la situation à laquelle font face les sans-abri ayant des problèmes de santé mentale. Ces sources, toujours communautaires, nous ont permis de constater certains faits: environ 30 à 35 p. 100 des sans-abri en général ont une maladie mentale, et environ 20 à 25 p. 100 des sans-abri souffrent de troubles concomitants, c'est-à-dire un mélange de maladie mentale grave et de toxicomanie.

Des données empiriques semblent également indiquer qu'une importante proportion de sans-abri chroniques, c'est-à-dire les sans-abri à long terme qui font une consommation disproportionnée des ressources comme les services médicaux d'urgence et les services de maintien de l'ordre, ont une affection incapacitante, telle qu'une maladie mentale. En fait, entre 20 et 25 p. 100 des sans-abri chroniques représenteraient probablement jusqu'à 50 p. 100 des coûts des services d'urgence et de soins de santé.

Un grand nombre des services de santé à l'intention des sans-abri se trouvent à être assurés dans les salles d'urgence. Les sous-populations comme les jeunes, les femmes, les Autochtones et les personnes atteintes de maladies mentales peuvent également avoir des troubles de santé uniques qui exigent une approche spécialisée.

Homeless people face many barriers that impair their access to health care. For example, many are unable to make health appointments, and their ability to receive coordinated care is impaired by their lack of an address or a place of contact.

The prevalence of substance abuse is lower among homeless single women than homeless single men, but the rate of major depression is higher. Although most homeless women do not have major mental illness, homeless women exhibit disproportionately high rates of major mental disorders and other mental problems. Many homeless women with serious mental illnesses do not receive needed care, apparently due in part to the lack of perception of a mental health problem and the lack of services designed to meet the special needs of homeless women.

A causal link between homelessness and mental health is difficult to establish. We know that mental health problems can lead to homelessness, but they can also result from homelessness, given the traumatic impact of being destitute and living on the street.

Excessive drug use by homeless addicts often goes hand-in-hand with physical health problems and trouble with the law.

[Translation]

The community plan allowed us to uncover some shortcomings with respect to services provided to this group. Specifically, we noted a lack of emergency housing to meet the needs of people grappling with mental health problems. We also noted a shortage of supervised housing where people suffering from mental health or chronic physical problems can stay temporarily. We also noted shortages with respect to mental health-related community care.

[English]

In responding to the question of what we can do for homeless people who have a mental illness, we know that having a safe place to live is an important part of moving people off the streets. The Canadian Mental Health Association in its submission to this committee last June recognized the fundamental importance of accessible affordable housing as a key factor in the health and success of homecare for this population. However, we also realize that this may not be enough for those who have severe mental illnesses and addiction issues.

Experience shows that chronic homelessness can be reduced by opening the backdoor out of the cycle of chronic homelessness, in other words transitioning out of homelessness. A key factor in opening this door is the existence of safe, affordable housing with individualized support services. The challenge facing

Les sans-abri font face à de nombreux obstacles qui les empêchent d'avoir accès à des soins de santé. Par exemple, un grand nombre d'entre eux n'arrivent pas à obtenir un rendez-vous avec le médecin, et il leur est difficile de recevoir des soins coordonnés parce qu'ils n'ont pas d'adresse ni d'endroit où on peut communiquer avec eux.

La toxicomanie est moins fréquente chez les femmes célibataires sans abri que chez les hommes célibataires sans abri, mais le taux de dépression grave est plus élevé. Bien que la plupart des femmes sans abri n'aient pas de maladie mentale grave, elles affichent des taux disproportionnellement élevés d'importants troubles mentaux et d'autres problèmes mentaux. De nombreuses femmes sans abri ayant de graves maladies mentales ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin, apparemment parce qu'on ne détecte pas l'existence d'un problème de santé mentale et parce qu'il n'existe pas de services destinés à répondre aux besoins particuliers des femmes sans abri.

Il est difficile d'établir un lien de cause à effet entre le sans-abrisme et la santé mentale. Nous savons que les problèmes de santé mentale peuvent entraîner le sans-abrisme, mais le fait d'être sans abri peut aussi entraîner des problèmes de santé mentale, compte tenu du traumatisme que représente le fait de vivre sans le sou et dans la misère.

La consommation excessive de drogues de la part de toxicomanes sans abri va souvent de pair avec des problèmes de santé physique et des démêlés avec la justice.

[Français]

Le plan communautaire nous a permis de relever certaines lacunes au niveau des services fournis à ce groupe. On remarque particulièrement un manque de logements d'urgence répondant aux besoins des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. On remarque également une pénurie de logements supervisés où peuvent séjourner, pour une période déterminée, les personnes souffrant d'une maladie mentale ou physique chronique. On a aussi observé certaines lacunes au niveau des ressources en soins communautaires pour la santé mentale.

[Traduction]

Quant à savoir ce que nous pouvons faire pour les sans-abri qui ont une maladie mentale, nous savons que le fait d'avoir un endroit sûr où vivre est un facteur important pour les encourager à ne plus vivre dans la rue. L'Association canadienne de la santé mentale, dans le mémoire qu'elle a présenté au comité en juin dernier, a reconnu l'importance fondamentale du logement abordable et accessible comme élément clé dans la santé et l'efficacité de soins à domicile pour cette population. Cependant, nous sommes également conscients que cela n'est peut-être pas suffisant pour les personnes ayant des maladies mentales graves et de sérieux problèmes d'accoutumance.

L'expérience indique que l'on peut réduire le nombre des sans-abri chroniques en leur permettant de sortir de ce cycle et de faire la transition vers un autre mode de vie. Un facteur clé est l'existence de logements sûrs et abordables qui offrent des services de soutien individualisés. Cependant, la difficulté à laquelle font

communities, though, is the need for more long-term supportive facilities and services to help the chronically homeless of which the mentally ill are a great number.

As one player among many, the National Homelessness Initiative has already assisted communities to meet a number of these challenges. During the first three years of the initiative, emergency needs, shelters and supports were prioritised. Phase two of this initiative is designed to enable the community move beyond emergency needs, prioritizing transitional, supportive housing and supports in order to foster pathways to self-sufficiency. People with mental health problems do need to have supportive housing. Shelters are not a healthy place to be. One of our strategies is, if you are in a shelter, you are still homeless and need to be moved into supportive facilities and get the proper help.

A second approach known to help reduce chronic homelessness is to close the front door and thereby prevent people from becoming homeless. An example of preventive activities could include dedicated affordable house resources to house individuals discharged from psychiatric care institutions, and the provision of short-term intensive support services immediately after discharge from hospitals, shelters or jails.

In order to move the focus toward prevention, we will need to work with our partners, including other federal departments, provinces and territories, as well as municipalities and communities as many of the tools rest with them.

Although the federal government, now through the Canada Health Transfer and the Canada Social Transfer, provides provinces and territories with funding in support of mental health services and income support, the levels of funding for mental health services, per diems for transitional and supportive housing providers, and income assistance for individuals are all within the provincial, territorial and municipal jurisdictions. I think that is an important point.

In closing, whether we are talking about mental health or homelessness, no one level of government can solve the problem of homelessness, nor for that matter can a federal initiative such as the NHI address homelessness. We need a holistic approach from the federal government and from all levels of government.

To combat homelessness, governments and society in general need to address the root causes. This is how we close the front door. All levels of government need to review and adjust their policies and programs to ensure they work to prevent and not contribute to homelessness.

face les collectivités, c'est de disposer d'installations et de services de soutien à plus long terme pour aider les sans-abri chroniques dont un grand nombre sont atteints de maladies mentales.

L'Initiative nationale pour les sans-abri, qui est une initiative parmi tant d'autres, a déjà aidé les collectivités à surmonter un certain nombre de ces difficultés. Au cours des trois premières années de mise en oeuvre de l'initiative, on a établi l'ordre des priorités des besoins urgents, des refuges et des mécanismes de soutien pour les situations d'urgence. L'étape deux de cette initiative vise à permettre à la collectivité d'aller au-delà des besoins urgents, d'établir la priorité du logement de transition et de soutien afin de favoriser la transition vers l'autonomie. Les personnes qui ont des problèmes de santé mentale ont effectivement besoin de logements avec services de soutien. Les refuges ne sont pas des endroits sains. Nous considérons qu'une personne qui se trouve dans un refuge est toujours sans abri et doit être transférée dans des installations qui offrent des services de soutien afin que ces personnes puissent obtenir l'aide dont elles ont besoin.

Une deuxième méthode connue pour permettre de réduire le nombre de sans-abri chroniques consiste à prendre des mesures pour éviter que des personnes deviennent sans abri. À titre d'exemple, des mesures préventives pourraient comprendre des logements abordables destinés aux personnes qui sortent d'établissements psychiatriques, et des services de suivi intensif à court terme offerts immédiatement après que les gens sortent de l'hôpital, d'un refuge ou de prison.

Pour mieux mettre l'accent sur la prévention, nous devons travailler en collaboration avec nos partenaires, y compris d'autres ministères fédéraux, les provinces et les territoires, ainsi que les municipalités et les collectivités, puisque ce sont là où se trouvent un grand nombre des outils nécessaires.

Même si le gouvernement fédéral, notamment par le biais du Transfert canadien en matière de santé et du Transfert canadien en matière de programmes sociaux, fournit aux provinces et aux territoires un financement pour appuyer les services de santé mentale et le soutien du revenu, les niveaux de financement pour les services de santé mentale, les tarifs des fournisseurs de logements de transition et de soutien et l'aide au revenu pour les particuliers relèvent tous de la compétence des provinces, des territoires et des municipalités. J'estime que c'est un point important à souligner.

Pour terminer, quand nous parlons de santé mentale ou des sans-abri, aucun palier de gouvernement ne peut régler à lui seul le problème des sans-abri, pas plus qu'une initiative fédérale comme l'Initiative nationale pour les sans-abri. Il nous faut une approche globale de la part du gouvernement fédéral et des pouvoirs publics à tous les échelons.

Pour combattre l'itinérance, il faut que les gouvernements et la société en général s'attaquent à ses causes profondes. C'est ainsi que nous préviendrons le problème. Les pouvoirs publics à tous les échelons doivent revoir leurs politiques et leurs programmes et les modifier en conséquence pour s'assurer qu'ils préviennent l'itinérance et non qu'ils y contribuent.

We need cooperation, coherence and commitment to fully understand the consequences of the policies being developed and implemented.

I have been around for a while and I have worked in many federal programs.

Certainly the most rewarding one is working with homelessness — not the investments that we make but to be able to visit the transitional and supportive facilities and the front-line workers to see what they are doing, how hard they work and how much they give back to the community.

If members of this committee are interested, we offer a tour of transitional and support facilities, of shelters, to talk with front-line workers to get the story from the people who know. One of the most rewarding things for me is dealing with these people. I am certainly in awe of what they are doing. If any one of the senators is interested, we have a tour in Ottawa, Toronto or Montreal.

Senator Fairbairn: Calgary?

Mr. Cameron: Calgary, too.

Senator Morin: I did not think you had that in Alberta.

Mr. Cameron: And in Edmonton, Medicine Hat and Red Deer. We have 61 communities.

The Deputy Chairman: You can be sure that we will take you up on the offer if we ever get all these breaks out of the way and some consistent time for this committee to continue to deal with this issue. We are planning to go on the road.

Ms. Girard, are you just answering questions or do you have anything to say?

Ms. Marie-Chantal Girard, Strategic Research Manager, National Secretariat on Homelessness, Human Resources and Skills Development Canada: No, that is fine.

The Deputy Chairman: After these witnesses have been heard and questioned, we will have witnesses on Bill S-17, an act to amend the Citizenship Act. When you are asking your questions, if you could be as brief as possible so as to give our witnesses a chance to properly answer, it would be appreciated.

Senator Morin: It is unfortunate, really, that we do not have more time on this. These are two extremely important subjects for our country and for the patients themselves. I was hoping that we could make recommendations on these two subjects in our report. It is very unfortunate that we have so little time.

I would like to pose my first questions to Mr. Motiuk and Ms. Bouchard.

I am interested in the fact that there has been a tremendous increase in the number of federal admissions of those diagnosed with mental illness. The figure I have is 40 per cent, while the

Nous avons besoin de coopération, de cohérence et d'engagement pour comprendre pleinement les conséquences des politiques qui sont élaborées et mises en oeuvre.

J'ai une assez longue expérience et j'ai travaillé pour de nombreux programmes fédéraux.

L'expérience la plus enrichissante est certainement le travail auprès des sans-abri — non pas les investissements que nous faisons mais le fait de pouvoir visiter les installations de transition et de soutien et de rencontrer les travailleurs de première ligne pour observer leur travail, constater à quel point ils travaillent fort et à quel point ils contribuent à la collectivité.

Si cela intéresse les membres du comité, nous offrons une visite des installations de transition et de soutien, des refuges, au cours de laquelle vous aurez l'occasion de parler à des travailleurs de première ligne et d'en apprendre plus sur la situation auprès des personnes qui travaillent sur le terrain. Traiter avec ces personnes est l'un des aspects le plus enrichissant de mon travail. J'ai le plus grand respect pour ce qu'elles font. Si cela intéresse l'un d'entre vous, nous pouvons organiser une visite à Ottawa, à Toronto ou à Montréal.

Le sénateur Fairbairn: À Calgary?

M. Cameron: À Calgary aussi.

Le sénateur Morin: Je ne croyais pas que cela existait en Alberta.

M. Cameron: Et aussi à Edmonton, Medicine Hat et Red Deer. Nous avons 61 collectivités.

La vice-présidente: Je peux vous assurer que nous accepterons votre offre si enfin, après tous les congés prévus, le comité parvient à se pencher sur cette question. Des déplacements dans les régions sont prévus.

Madame Girard, allez-vous simplement répondre aux questions ou voulez-vous prendre la parole?

Mme Marie-Chantal Girard, gestionnaire de la recherche stratégique, Secrétariat national pour les sans-abri, Ressources humaines et Développement des compétences Canada: Non, ça va.

La vice-présidente: Une fois que nous aurons entendu et interrogé tous ces témoins, nous entendrons des témoins à propos du projet de loi S-17, Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté. Je vous demanderais, lorsque vous posez vos questions, d'être aussi brefs que possible pour donner à nos témoins la possibilité de répondre adéquatement.

Le sénateur Morin: Il est vraiment malheureux que nous n'ayons pas plus de temps à consacrer à cette question. Ce sont deux sujets extrêmement importants pour notre pays et pour les patients mêmes. J'espère que nous pourrions formuler des recommandations sur ces deux questions dans notre rapport. Il est très malheureux que nous ayons si peu de temps.

J'aimerais poser mes premières questions à M. Motiuk et à Mme Bouchard.

Je constate avec intérêt d'importantes augmentations du nombre de détenus d'établissements fédéraux chez qui on a diagnostiqué une maladie mentale. Le chiffre que j'ai est de

number of inmates has gone down. There is a real phenomenon. Is it a result of the fact that we are making more diagnoses? A number of diagnoses of disorders are quoted here. Do we know which of these disorders has increased by such a percentage? That is an important issue here.

Mr. Motiuk: In response to the question that you are asking about the data, we cannot disentangle the nature of the disorder. We are aware from a case-management perspective that they are presenting a diagnosis —

Senator Morin: Let me interrupt you here. This is so important. Is it drug abuse? Is it alcohol? That is the first thing. If you want to prevent these problems and treat these individuals, the first thing is to know what it is. I have the impression that maybe we diagnose more often. Something, perhaps drug use, has increased for sure. That is the first thing to know if we want to treat them. I am surprised you do not have this at your fingertips.

Mr. Motiuk: We have knowledge of addiction and we systematically assess for addictions.

Senator Morin: Is the 40 per cent increase due to an increase in addiction?

Mr. Motiuk: Partially.

Senator Morin: When we talk about drugs, are we talking about marijuana? I notice that there is a high incidence of marijuana use among inmates. I do not want to get into this debate. We are not talking about schizophrenia when we talk about a marijuana addiction.

I thumbed through the “Health Care Needs of Federal Inmates” and I did not find this breakdown, but I think this is very important. I am sure that you will think about that.

I would like to talk about treatment. I was interested to see that our federal correctional facilities do not have the same level of resources, if I understand correctly, as the provincial facilities. There are five treatment centres. However, they are not resourced at levels comparable to the facilities in the provinces. If that is a fact, I am surprised. There is also the jurisdictional issue around the community services for our inmates who leave federal correctional institutions. I have read about that. That is a big issue, although I do not want to get into that because we do not have time.

I would like to talk about suicide. Suicide rates are extremely high in our institutions, much higher than in other countries. Those are real, hard data. If we cannot prevent suicide that means we are not treating our patients well. It is not soft information; that is an easy thing to measure. Compared to other countries, our rates are high. There is an extremely wide variation from province to province. These are real issues. You think about the

40 p. 100, bien que le nombre de détenus ait diminué. C’est un véritable phénomène. Est-ce attribuable à l’augmentation du nombre de diagnostics qui sont faits? On cite ici un certain nombre de troubles diagnostiqués. Connaissons-nous les types de troubles pour lesquels on constate une augmentation? C’est une question importante.

M. Motiuk: Pour répondre à la question que vous posez à propos des données, nous ne pouvons pas isoler la nature du trouble. Nous savons que dans le cadre de la gestion de cas, ils présentent un diagnostic...

Le sénateur Morin: Permettez-moi de vous interrompre. Cela est vraiment important. Est-ce la toxicomanie? Est-ce l’alcoolisme? C’est la première chose. Si vous voulez prévenir ces problèmes et traiter ces personnes, il faut d’abord savoir de quoi il s’agit. J’ai l’impression que nous faisons peut-être des diagnostics plus fréquents. Il ne fait aucun doute qu’il y a eu une augmentation quelque part, peut-être de la consommation de drogues. C’est la première chose que nous devons savoir si nous voulons les traiter. Je suis étonné que vous n’ayez pas ces chiffres sous la main.

M. Motiuk: Nous sommes au courant de la toxicomanie et nous procédons à des évaluations systématiques des toxicomanies.

Le sénateur Morin: Cette augmentation de 40 p. 100 est-elle attribuable à une augmentation du nombre de toxicomanes?

M. Motiuk: En partie.

Le sénateur Morin: Lorsque nous parlons de drogues, parlons-nous de marijuana? Je constate que la consommation de marijuana est très répandue parmi les détenus. Je n’ai pas l’intention de me lancer dans ce débat. Lorsque nous parlons d’une accoutumance à la marijuana, nous ne parlons pas de schizophrénie.

J’ai parcouru rapidement le rapport intitulé «Évaluation des besoins en soins de santé des détenus sous responsabilité fédérale» et je n’ai pas constaté cette ventilation, mais j’estime qu’elle est très importante. Je suis sûr que vous y réfléchirez.

J’aimerais parler du traitement. J’ai constaté avec intérêt que nos établissements correctionnels fédéraux ne disposent pas du même niveau de ressources, si je comprends bien, que les établissements provinciaux. Il existe cinq centres de traitement. Cependant, leurs niveaux de ressources ne sont pas comparables à ceux dont disposent les établissements provinciaux. Si tel est le cas, cela m’étonne. Il y a aussi la question de compétence entourant les services communautaires à l’intention de nos détenus qui sortent des établissements correctionnels fédéraux. J’ai lu quelque chose à ce sujet. C’est un grave problème, mais je n’ai pas l’intention de l’aborder parce que nous n’en avons pas le temps.

J’aimerais parler du suicide. Les taux de suicide sont extrêmement élevés dans nos établissements, beaucoup plus que dans d’autres pays. Ce sont des données réelles et concrètes. Si nous ne pouvons pas empêcher le suicide, cela signifie que nous ne traitons pas bien nos patients. Nous n’avons pas affaire ici à des situations floues. Les cas sont clairs et mesurables. Comparativement à d’autres pays, les taux de

person suffering, and it is preventable. These patients are in institutions, for one thing. They should be able to prevent that. It does lead to the notion that the treatment of these individuals is not adequate.

As you know, Australia and other countries — I think the U.S., too — have tackled the matter of suicide in institutions, with remarkable results. We are way behind those countries on an issue where there is great variation around the country. I would like to see you address this. Let us deal with this and then I have a question on homelessness.

Ms. Bouchard: You raised many points, and I want to talk about a few of the things you mentioned. First, we have been tracking our suicides. We also investigate every suicide to identify the risk factors for those special individuals and try to implement some systematic approach. You are right; we have a higher rate than some other countries. I am not sure how comparable those are because suicide by overdose might be classified as overdose and not suicide. We have to be very careful when comparing ourselves to other countries. Also, we must be cognizant of the fact that compared with the general community we have a population that is already high risk when they come to us, with problems and disorders that carry a high risk of suicide. We make comparisons with the general community, but true comparisons should be made with comparable populations in the community with the same types of problems. If we were able to do that kind of study, we would probably learn more.

We recognize that issue and we are struggling with it. We have to be much more comprehensive in assessing our people in high-risk categories and putting measures in place.

You asked whether there is a higher prevalence when they arrive. We have better diagnostics now, so the rates today probably reflect that better diagnostic assessment. However, it is hard to document trends because we do not have the capacity right now to track those, other than through the studies that are often conducted by my colleague, Mr. Motiuk. We have to struggle with the fact that our data are limited. However, we have documented a higher prevalence of problems than in the general population.

We are currently conducting a review of the treatment facilities, staffing and resourcing. I will be able to provide to the committee a comparison with a forensic facility. I was comparing forensic psychiatric facilities in the community. Some

suicide au Canada sont élevés. Ils varient énormément d'une province à l'autre. C'est un véritable fléau. Si on songe à la personne qui souffre, ce genre de situation peut être évité. En premier lieu, ces patients se trouvent dans des établissements. Ces établissements devraient être en mesure de prévenir ce genre de choses. Cela nous amène à penser que le traitement que reçoivent ces personnes laisse à désirer.

Comme vous le savez, l'Australie et d'autres pays — je songe aussi aux États-Unis — se sont attaqués au problème du suicide dans les établissements, avec des résultats remarquables. Nous sommes nettement à la traîne de ces pays en ce qui concerne un problème qui varie énormément d'une région à l'autre. J'aimerais savoir ce que vous en pensez. Ensuite je poserai une question sur l'itinérance.

Mme Bouchard: Vous avez soulevé de nombreux points, et j'aimerais parler d'un certain nombre de choses que vous avez mentionnées. Tout d'abord, nous avons suivi la situation en ce qui concerne les suicides dans nos établissements. Nous avons aussi fait enquête sur chaque suicide pour déterminer les facteurs de risque concernant ces personnes en particulier et tâché de mettre en oeuvre une approche systémique. Vous avez raison; le taux de suicide au Canada est plus élevé comparativement à certains autres pays. Je ne suis pas sûre à quel point ils sont comparables parce que les suicides par overdose peuvent être catégorisés comme des overdoses et non comme des suicides. Nous devons être très prudents lorsque nous nous comparons à d'autres pays. Aussi, nous devons tenir compte du fait que comparativement à la population générale, notre population est une population qui est déjà fortement à risque lorsqu'elle arrive chez nous, elle connaît des problèmes et des troubles qui supposent un risque élevé de suicide. Nous faisons des comparaisons avec la population générale, mais les véritables comparaisons devraient se faire avec des populations comparables dans les communautés qui connaissent le même type de problème. Si nous étions en mesure de faire ce genre d'études, nous pourrions probablement en apprendre plus.

Nous reconnaissons l'existence du problème, avec lequel nous nous débattons. Nous devons faire une évaluation plus poussée des personnes à risque élevé et établir des mesures plus exhaustives.

Vous avez demandé si cette prévalence est plus élevée lorsqu'ils arrivent. Aujourd'hui, nous avons de meilleurs diagnostics, par conséquent les taux observés aujourd'hui reflètent probablement l'amélioration des diagnostics. Cependant, il est difficile de recueillir des données sur les tendances parce que nous n'avons pas la capacité voulue à l'heure actuelle pour le faire, autrement que dans le cadre d'études souvent faites par mon collègue, M. Motiuk. Le fait que nos données sont limitées nous pose donc des difficultés. Cependant, nous avons établi que l'incidence des problèmes est plus élevée que dans la population générale.

Nous sommes en train de faire un examen des établissements de traitement, des effectifs et des ressources. Je serai en mesure de fournir au comité une comparaison avec un établissement de psychiatrie légale. J'ai comparé les établissements de psychiatrie

provinces have established a few in recent years. They provide us with a benchmark for comparable resourcing. I can provide those figures to the committee to help establish that.

We should look at our own resourcing and state where the staffing differences are. We have to compete for resources. We have a problem with recruitment and retention, especially in the psychiatrist area, and attracting people to come and work within our correctional facilities.

We have been trying to attract people. We need to attract a critical mass and retain them. That is also an issue with which we are struggling. We have to compete with other health care facilities.

We are facing this lack of resources even in the community. We need to cooperate better with our partners in provincial corrections and try to find a way to best use the available resources in that area of specialization specifically, which are already limited in our country.

I take your point. I agree.

Senator Morin: This is an extremely important issue, and I hope we will have more time to discuss it.

I have a question for Mr. Cameron. Why is it that the number of homeless persons has increased recently in all large cities in Canada? What are the reasons for that?

Mr. Cameron: There are several reasons. Affordable housing is becoming more and more of an issue.

I will give you an example. In Calgary, 50 per cent of those in shelters are working.

Second, the economy has an impact. Certainly, if one person loses a job in the service industry and two people are financing an apartment, they become at risk.

From our perspective, there are many more problems with youth. The coherency of what we are trying to do is an issue. You are looking at one small program addressing homelessness.

It is a three-year program of \$510 million. It is trying to address health, behavioural problems, abuse and a wide range of issues in our society today that put people on the street. In a nutshell, affordable housing is a real issue.

Second, income is a real issue in being able to afford that housing. More and more people, for whatever reason, find themselves on the street, especially youth and Aboriginals from reserves. We are looking at income, abuse, mental health problems and affordability.

Senator Morin: You do not think that mental illness plays a role here?

Mr. Cameron: For sure.

légale dans la collectivité. Certaines provinces en ont établi quelques-uns récemment. Ils nous servent de repère et nous permettent de comparer nos ressources. Je pourrais fournir ces chiffres au comité.

Nous devons examiner nos propres ressources et indiquer où se situent les différences au niveau des effectifs. Nous devons nous disputer les ressources. Nous avons un problème de recrutement et de maintien de l'effectif, surtout dans les domaines psychiatriques, et il est difficile d'attirer des gens pour qu'ils viennent travailler dans nos établissements correctionnels.

Nous avons essayé d'attirer des gens. Nous essayons d'attirer une masse critique et de la conserver. C'est aussi un problème avec lequel nous nous débattons. Nous nous trouvons en compétition avec d'autres établissements de soins de santé.

Nous faisons face à cette pénurie de ressources même au sein de la collectivité. Nous devons mieux coopérer avec nos partenaires des services correctionnels provinciaux et tâcher de trouver un moyen d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles dans ce domaine de spécialisation en particulier, qui sont déjà limitées dans notre pays.

Je comprends ce que vous dites. Je suis d'accord avec vous.

Le sénateur Morin: C'est une question extrêmement importante, et j'espère que nous aurons plus de temps pour en discuter.

J'ai une question pour M. Cameron. Pourquoi le nombre de sans-abri a-t-il augmenté récemment dans toutes les grandes villes du Canada? Quelles en sont les raisons?

M. Cameron: Il y a plusieurs raisons. Trouver un logement abordable devient de plus en plus difficile.

Je vous en donnerai un exemple. À Calgary, 50 p. 100 des personnes qui vivent dans des refuges travaillent.

Deuxièmement, la situation économique a des répercussions. Si une personne perd un emploi dans l'industrie des services et que deux personnes financent un appartement, cela devient un risque.

Nous considérons qu'il y a beaucoup plus de problèmes chez les jeunes. L'harmonisation des mesures que nous voulons prendre est un problème. La lutte contre l'itinérance est un petit aspect du programme.

Il s'agit d'un programme de trois ans ayant un financement de 510 millions de dollars. Il vise les problèmes de santé, les problèmes de comportement, les mauvais traitements et toute une gamme de problèmes que connaît notre société aujourd'hui et à cause desquels les gens se retrouvent à la rue. En résumé, le logement abordable est un réel problème.

Deuxièmement, le revenu est un réel problème lorsqu'il ne permet pas aux gens de se loger. De plus en plus de gens, peu importe la raison, se retrouvent à la rue, surtout les jeunes et les Autochtones des réserves. Il y a donc le problème du revenu, des mauvais traitements, de la maladie mentale et de l'abordabilité.

Le sénateur Morin: Ne croyez-vous pas que la maladie mentale joue un rôle ici?

M. Cameron: Bien sûr.

Senator Morin: There are no longer institutions. Is that a factor?

Ms. Girard: It is more prevalent in certain areas of the country than others. If we look at the plans of the 61 communities, they have identified their priorities. For example, the municipalities in Quebec — Montreal and Quebec City — identify mental illness as very high on their list of priorities. It means that the institutionalized phenomenon that they went through in the 1980s and early 1990s must have had repercussions for the subpopulations that are overly represented in shelters.

Anecdotal evidence also shows that there are more families with children in shelters and also more recent immigrants. Those are the recent trends in that regard.

Also, we talk about the accounting issue. We also need to realize that perhaps we know more about people who are homeless today because communities are better equipped than they were in the past to address it. More people are using those services. There is also a factor here of being able to provide some services that were not available in the community four years ago.

It is difficult to come up with an absolute number or to note specifically what factors play into the equation.

Senator Callbeck: I wish to thank all of you for your presentations today. I know that we have a time restraint here.

The Deputy Chairman: Which is too bad.

Senator Callbeck: I have a lot of questions, but I will be specific and zero in on one area.

We received a document today prepared by Corrections Canada. On the last page it states that “Inmates have substantially higher prevalence of mental disorders compared with general public rates and most disorders are higher in female than in male inmates.”

In the last paragraph of that page, you note that you will develop a “comprehensive strategy for addressing the assessment and management of mental disorders in male inmates.” What about the females?

Ms. Bouchard: I must apologize. You just pointed out an error on our part. The plan includes female inmates as well. It will be for all inmates.

Senator Morin: They forgot about them!

Ms. Bouchard: I apologize.

Senator Callbeck: That jumped right off the page at me, because I hear a lot about females not getting the same services as males.

Ms. Bouchard: However, we can provide you with some information. In the past year, there has been a lot of investment by the women's sector within CSC to specifically address the needs of women. Significant progress has been made. When we devise a strategy for mental health, we should not focus on one gender. Thank you for pointing that out. I do not think that was the intention.

Le sénateur Morin: Il n'y a plus d'établissements. Est-ce un facteur?

Mme Girard: Cela est plus répandu dans certaines régions du pays qu'ailleurs. Si vous examinez les plans des 61 collectivités, elles ont déterminé leurs priorités. Par exemple, les municipalités au Québec — Montréal et la ville de Québec — ont mis la santé mentale en tête de leur liste de priorités. Cela signifie que le phénomène de désinstitutionnalisation que l'on a connu dans les années 80 et au début des années 90 a dû avoir des répercussions sur les sous-populations qui sont surreprésentées dans les refuges.

Les données empiriques indiquent également qu'il y a un grand nombre de familles avec enfants dans les refuges de même que des immigrants récents. Ce sont les tendances récentes à cet égard.

Nous devons aussi tenir compte du fait que nous sommes davantage au courant des personnes qui sont sans abri aujourd'hui parce que les collectivités sont mieux équipées que par le passé pour s'occuper de ce problème. Un plus grand nombre de personnes ont recours à ces services. Il faut aussi le fait que l'on est en mesure aujourd'hui de fournir certains services qui n'existaient pas dans leur collectivité il y a quatre ans.

Il est difficile d'établir un chiffre absolu ou d'indiquer de façon précise les facteurs qui interviennent.

Le sénateur Callbeck: Je tiens à remercier chacun d'entre vous pour les présentations que vous avez faites aujourd'hui. Je sais que nous avons des contraintes de temps.

La vice-présidente: Ce qui est dommage.

Le sénateur Callbeck: J'ai beaucoup de questions mais je vais me concentrer sur un secteur.

Nous avons reçu aujourd'hui un document préparé par Service correctionnel Canada. À la dernière page je lis: «Il y a une prévalence nettement plus élevée de troubles mentaux chez les détenus que dans la population en générale et les femmes en détention ont plus de troubles que les détenus de sexe masculin.»

Au dernier paragraphe de cette page, vous dites que vous allez élaborer «une stratégie globale d'évaluation et de gestion des troubles mentaux chez les détenus de sexe masculin.» Qu'en est-il des femmes?

Mme Bouchard: Je dois vous présenter mes excuses. Vous venez de relever une erreur que nous avons faite. Le plan inclut les femmes détenues également; ce sera pour tous les détenus.

Le sénateur Morin: Il les ont oubliées!

Mme Bouchard: Mes excuses.

Le sénateur Callbeck: Cela m'a sauté aux yeux parce que j'entends souvent dire que les femmes ne reçoivent pas les mêmes services que les hommes.

Mme Bouchard: Je peux vous donner un peu d'information, toutefois. Au cours de l'année écoulée, le secteur des femmes du SCC a beaucoup investi pour répondre aux besoins des femmes. Des progrès importants ont été faits. Lorsque nous concevons une stratégie pour la maladie mentale, il ne faut pas se concentrer sur un seul sexe. Merci de nous l'avoir signalé. Ce n'était pas le but, je crois.

The Deputy Chairman: Senator Callbeck, Professor Jackson was indicating that he wanted to jump in on this as well.

Ms. Jackson: The point that I made in my presentation was the strikingly higher rate of these disorders and of suicide among women offenders. Certainly some attention should be directed their way in terms of resources to attend to their needs.

Senator Callbeck: I am particularly familiar with Dorchester because I come from Prince Edward Island. I hear about the lack of services for the inmates. We are particularly dealing with mentally ill inmates.

I would like to have from you, in writing, the progress that has been made in the past five years in services provided to mentally ill inmates in those institutions.

The Deputy Chairman: I wish to ask a supplementary to Senator Callbeck's question. In your presentation, you said that there is an enhanced CSC response capacity. Yesterday, our witnesses were dealing with the lack of people entering the entire field — psychiatrists and psychologists. It goes back to education.

What kind of a strain is that putting on CSC? You indicated that it is often hard to keep people on the job. What kind of human resource problem has that created? Is it an immense problem? Will it take a long time to overcome it?

Ms. Bouchard: We have a variety of problems. One problem is attracting people to the system, especially those who are interested in the types of problems that offenders present in our environment.

Most psychiatrists are currently on contract. They are not employees of our institutions, so they also have a practice outside of corrections. Priority is a factor in their work. That leads us to try to have a systematic and standardized approach to those problems.

As you pointed out, our institutions exist in eight provinces. There is variation in understanding and practice among specialized groups from province to province. There was reference to ADHD, for example. There are sometimes differences of opinion among psychiatrists.

Creating a systematic approach is a challenge when you have to rely mostly on contract physicians, but one that we must address. We have to determine how we can work with our contract people. That applies as well to nurses who are interested in working with mental health patients.

We have the capacity to attract psychologists. However, additional needs have been placed on the correctional services agenda.

Senator Forrestall: I have a supplementary to Senator Callbeck's questions. From the evidence we have heard this morning, I have not been able to locate the extremely disturbed people in penitentiaries. Could you tell me where they are housed? Do we have an adequate number of beds in the Atlantic centre? Do we have an outpost there?

La vice-présidente: Sénateur Callbeck, le professeur Jackson signalait vouloir intervenir.

Mme Jackson: Le fait saillant de mon exposé est justement le taux nettement plus élevé de ces troubles et de suicides chez les délinquantes. Il faudrait sûrement s'intéresser à elles quand il s'agit d'affecter des ressources et de répondre à leurs besoins.

Le sénateur Callbeck: Je connais particulièrement bien Dorchester parce que je viens de l'Île-du-Prince-Édouard. J'entends parler de la pénurie de services pour les détenus. Il s'agit en particulier de détenus ayant des maladies mentales.

J'aimerais que vous me donniez par écrit les progrès que vous avez faits ces cinq dernières années pour offrir des services aux détenus atteints de maladie mentale dans ces établissements.

La vice-présidente: Je veux poser une question qui fait suite à celle du sénateur Callbeck. Dans votre exposé, vous dites que le SCC a amélioré sa capacité d'intervention. Hier, nos témoins parlaient de la pénurie de nouveaux venus dans le domaine: les psychiatres et les psychologues. Ça nous ramène à l'enseignement.

Quelles difficultés cela cause-t-il au SCC? Vous avez dit qu'il est souvent difficile de conserver vos employés. Quel genre de problèmes cela a-t-il créés en matière de ressources humaines? Est-ce important? Faudra-t-il du temps pour le régler?

Mme Bouchard: Nous avons tout un ensemble de problèmes. Un de ceux-là est d'attirer des gens dans le système, surtout ceux qui s'intéressent aux genres de problèmes que manifestent les délinquants en milieu carcéral.

La plupart des psychiatres travaillent actuellement à contrat. Ce ne sont pas des employés à nous et ils exercent à l'extérieur. Les priorités sont un facteur dans leur travail. Pour cette raison, nous essayons d'appliquer une démarche systématique et normalisée face aux problèmes.

Comme vous l'avez dit, nous avons des établissements dans huit provinces. La compréhension et la pratique varient entre groupes spécialisés d'une province à l'autre. Par exemple, on a parlé du THDA. Il y a parfois des divergences de vues entre psychiatres.

Il est difficile d'adopter une méthode uniforme quand il faut compter surtout sur des médecins à contrat, mais c'est un problème que nous devons régler. C'est à nous de décider comment travailler avec nos contractuels. Cela vaut aussi pour les infirmiers et infirmières qui veulent travailler avec les malades mentaux.

Nous avons ce qu'il faut pour attirer des psychologues, mais d'autres tâches ont été confiées aux services correctionnels.

Le sénateur Forrestall: J'aimerais poser une question qui fait suite à celles du sénateur Callbeck. Je ne sais toujours pas, après avoir entendu les témoignages de ce matin, dans quels pénitenciers se trouvent les délinquants souffrant de troubles mentaux graves. Pouvez-vous me dire où ils se trouvent? Est-ce que le nombre de lits, dans le centre de l'Atlantique, est adéquat? Y a-t-il un établissement à cet endroit?

Ms. Bouchard: Are you referring to the Shepody Healing Centre in the Atlantic region?

Senator Forrestall: Where is it located?

Ms. Bouchard: It is in Dorchester and has been established as a separate institution. It is recognized as one of our treatment centres. Over the last five years, prior to my arrival at CSC, issues had been raised about our capacity to treat people with mental health problems in the Atlantic region specifically. The mental health treatment centre has undergone some organizational changes in recent years with the establishment and recognition of the Shepody Healing Centre, run by a director who is specifically focused on mental health issues.

Senator Forrestall: Do we take psychiatric care to the penitentiaries or do we take the prisoner to the centre?

Ms. Bouchard: The psychiatric centre is within our correctional institutions; it is one of the treatment centres.

Senator Forrestall: Is that in Dorchester?

Ms. Bouchard: Yes.

Senator Forrestall: How do you find people who want to live in Dorchester?

Ms. Bouchard: We have physical plant issues. We realize that the physical environment is often not a reflection of what a hospital should be. That is one of the issues we have to address. In the meantime, we have dedicated, specialized personnel. We have been able to address the issue of psychiatric resources in New Brunswick. We have been lucky in recruiting a team of psychiatrists to work on contract with us, at least for that region, which was a problem before.

Senator Forrestall: Keep after that one.

Ms. Bouchard: Yes. We have an agreement with New Brunswick whereby we provide the services for their offenders with mental health problems.

Senator Fairbairn: I thank all of you for speaking to this huge issue. One could do an entire report on this alone.

Ms. Capponi, I found your presentation incredibly moving. It shouted out to be answered because you have been there, and you talked about Reva Gerstein and others. I know what that must have meant, to raise those very dark issues in your presentation to the committee today.

This does not have to be now, but I would like you to think of the three most important things that this committee could recommend to the federal government on this whole issue.

Ms. Capponi: I would do it right now, and I will sneak in something else, if I could.

Mme Bouchard: Faites-vous allusion au Centre de rétablissement Shepody, dans la région de l'Atlantique?

Le sénateur Forrestall: Où se trouve-t-il?

Mme Bouchard: À Dorchester. Il s'agit d'une institution distincte qui compte parmi nos centres de traitement. Au cours des cinq dernières années, c'est-à-dire avant mon arrivée au SCC, on s'est demandé si nous étions en mesure, notamment dans la région de l'Atlantique, de soigner les personnes atteintes de troubles mentaux. Le centre de santé mentale a subi des changements d'organisation au cours des dernières années, changements qui ont abouti à la mise sur pied du Centre de rétablissement Shepody, qui est dirigé par un directeur qui s'intéresse de près aux questions de santé mentale.

Le sénateur Forrestall: Est-ce que les pénitenciers offrent des soins psychiatriques, ou est-ce que le prisonnier doit se rendre au centre?

Mme Bouchard: Le centre psychiatrique se trouve à l'intérieur de l'établissement correctionnel. Il fait partie des centres de traitement.

Le sénateur Forrestall: À Dorchester?

Mme Bouchard: Oui.

Le sénateur Forrestall: Comment arrivez-vous à trouver du personnel qui accepte d'aller vivre à Dorchester?

Mme Bouchard: Les installations physiques laissent à désirer. Nous sommes conscients du fait que le milieu physique, souvent, ne ressemble en rien à un hôpital. C'est l'un des problèmes que nous devons régler. Entre temps, nous avons des employés dévoués, spécialisés. Nous avons été en mesure de trouver des ressources psychiatriques au Nouveau-Brunswick. En effet, nous avons réussi à recruter, du moins dans cette région, une équipe de psychiatres qui travaillent avec nous, à contrat, chose que nous avons eu beaucoup de difficulté à faire dans le passé.

Le sénateur Forrestall: Ne lâchez surtout pas.

Mme Bouchard: D'accord. Nous avons conclu, avec le Nouveau-Brunswick, une entente en vertu de laquelle nous nous chargeons d'assurer la prestation de services aux délinquants atteints de troubles mentaux.

Le sénateur Fairbairn: Je tiens à vous remercier d'être venus nous rencontrer pour discuter de cette question importante. On pourrait préparer un rapport qui ne traiterait que de cela.

Madame Capponi, j'ai trouvé votre exposé fort émouvant. On ne peut faire autrement que réagir, en raison de ce que vous avez vécu, et aussi parce que vous nous avez parlé, entre autres, de Reva Gerstein. Je suis certaine qu'il n'a pas été facile, pour vous, d'aborder ces questions très graves, aujourd'hui.

Vous n'êtes pas obligée de me répondre immédiatement, mais j'aimerais savoir quelles sont, à votre avis, les trois recommandations les plus importantes que le comité devrait formuler au gouvernement fédéral.

Mme Capponi: Je peux le faire tout de suite et, avec votre accord, j'aimerais aborder un autre sujet.

Senator Fairbairn: Good.

Ms. Capponi: You asked if people are in jail because of deinstitutionalization. That is the Catch-22 that surrounds us. We should not deinstitutionalize them because they end up in jails. We should not deinstitutionalize people for whom there is nothing out there. That is the bottom line. It is not that we are better off with institutions, because we surely are not.

We require human development within our community and a de-emphasis on the system. You asked about diagnoses. Most psychiatric patients have more than one label, depending, almost, on what day of the week they go into hospital. There are catch-all diagnoses such as schizophrenia, which was popular in the 1960s and 1970s. People were put on medication for schizophrenia, re-diagnosed, as it became more of a pseudo-science, as manic-depressive, and then re-diagnosed with autism as it became the favourite.

I would like to comment on a number of women, especially, at the centre of addiction, where I was on the Board of Directors of the Centre for Addiction and Mental Health, which Professor Jackson talked about. In the early days, that was Queen Street. Dr. Ruth Gallup from the University of Toronto researched the original presenting complaint of these women, which was sexual abuse. That complaint was not listened to because no one wanted to hear it. The behaviour of these women was in response to what had happened to them when they were labelled and medicated. After a few years of that, a person will begin to act out and will probably drink at any opportunity because life is so terrible, and when drunk, you are likely to break a law.

There are more mentally ill people on the streets not because of a preference, but because the gulf between the haves and have-nots is getting wider and wider. More people are using the food banks and so the share for the chronic mental patient has been dramatically reduced. A landlord will rent his house to people who he thinks will be less disruptive than a former mental health patient. People get squeezed out. Shelters prefer to house immigrants or battered women because they will not be seen as potentially disruptive. The stigma about the crazy people that we are exists.

One thing we need is human development such that we would be allowed ways to develop as a community, much like Aboriginal community development, with recognition of the wrong that has been done and an effort by the federal government to put that right with seed money for that development within the chronic psychiatric patient community — and not through professional auspices. I have travelled all over Canada and survivors have been influenced by what we have been able to achieve in Ontario.

Le sénateur Fairbairn: Très bien.

Mme Capponi: Vous voulez savoir si les personnes sont incarcérées parce qu'elles ont été désinstitutionnalisées. C'est un cercle vicieux. Il ne faut pas désinstitutionnaliser ces personnes parce qu'elle finissent par aboutir en prison. Il ne faut pas désinstitutionnaliser les personnes à qui nous n'avons rien à offrir, point à la ligne. Le fait que nous ayons des institutions ne règle en rien la situation, au contraire.

Nous devons mettre l'accent sur le développement humain au sein de la collectivité, non pas sur le système. Vous avez parlé des diagnostics. La plupart des patients psychiatriques sont étiquetés de diverses façons, selon la journée de la semaine où ils se rendent à l'hôpital. Il y a des diagnostics fourre-tout, comme la schizophrénie, un diagnostic populaire dans les années 60 et 70. On prescrivait des médicaments aux personnes atteintes de schizophrénie, on établissait un nouveau diagnostic, puisque c'était considéré, de plus en plus, comme une pseudo-science, on disait qu'elles étaient atteintes de maniaquépression, et enfin, d'autisme, le nouveau diagnostic à la mode.

Je voudrais vous parler de la situation d'un certain nombre de femmes qui fréquentaient le centre de toxicomanie. Je siégeais au conseil d'administration du Centre de toxicomanie et de santé mentale, auquel M. Jackson a fait allusion. Au début, le centre se trouvait sur la rue Queen. Mme Ruth Gallup, de l'Université de Toronto, a mené une enquête sur la plainte initiale formulée par ces femmes, qui se disaient victimes d'abus sexuels. Cette plainte n'a pas été prise au sérieux parce que personne ne voulait l'entendre. Ces femmes réagissaient à ce qui leur était arrivé quand elles avaient été étiquetées et soignées. Habituellement, la personne qui subit des abus commence, après quelques années, à changer de comportement, à profiter de toutes les occasions possibles pour boire, parce que la vie n'a rien d'encourageant. Lorsqu'on est en état d'ébriété, il y a des chances qu'on brise la loi.

Il y a beaucoup plus de personnes atteintes de troubles mentaux dans les rues, non pas par choix, mais parce que l'écart entre les mieux nantis et les moins nantis va grandissant. De plus en plus de personnes ont recours aux services des banques alimentaires, ce qui veut dire que la part du malade mental chronique diminue. Un propriétaire va louer sa maison à des personnes qui, à son avis, seront plus tranquilles qu'un ancien patient atteint de troubles mentaux. Les gens sont de plus en plus laissés pour compte. Les refuges préfèrent ouvrir leurs portes aux immigrants et aux femmes battues au motif qu'ils posent moins de problèmes. Il y a toujours un stigmate associé aux troubles mentaux.

Nous devons mettre l'accent sur le développement humain, favoriser l'épanouissement de la collectivité, comme on le fait pour les Autochtones, reconnaître les torts qui ont été causés et amener le gouvernement fédéral à corriger la situation en consacrant des fonds à des programmes de développement qui s'adressent aux patients psychiatriques chroniques — sans passer par des associations professionnelles. J'ai voyagé dans toutes les régions du Canada, et des anciennes victimes ont tiré parti de ce que nous avons été en mesure d'accomplir en Ontario.

Another thing we need is recognition that although psychiatry may be a pseudo-science, it is not 100 per cent. Dr. Gerstein wrote an introduction to my last book. She was part of that deinstitutionalization movement in the 1950s, 1960s and 1970s that thought all we needed was one good pill, but that is not the reality. All people need much more than that in their lives. We need recognition that science is not everything.

I do not know what you can do about this big barrier that occurs in every province, except, perhaps, to just advertise it. It is scary for people who finally get on a provincial disability pension program, which includes drug cards, to take the risk of going to work.

If their worker then cuts them off from the disability pension, they are thrown on welfare, and welfare rates are horrendously low. It can take months and months to get that pension back.

It is almost as if you are defeated before you start. It is a total disincentive. There used to be step programs. I remember, when I was in my boarding house, there were 70 crazy folks all discharged from provincial psychiatric institutions and the door shut behind us with a resounding crash. However, when a welfare worker came to see me, he thought I was more middle class, maybe but he could relate to me, and he would tell me things he did not tell the others, such as you could get a clothing allowance once a year. You can do this. We do not know these things, as a rule, as a community.

The other thing is, when you go to tour places, do not just talk to the front-line workers. Do not go to institutions and label that "community," because institutions are not community. The people to whom you should be talking are the recipients of service. Talk to them in ways in which they can answer without fear, which means talk to them away from staff — although not all staff are bad. I was a staff member, too, but you will hear truer things from clients.

For example, I remember a drunk walking by in Parkdale screaming, "I may be a drunk but at least I am not crazy." There is a pecking order, and God help us, because we are at the bottom. It is frightening to go into a shelter, not just because the guys there will beat you up, but also because the staff will treat you badly.

I was one of the founders of the Supportive Housing Coalition in Toronto that received many group home beds. I thought, "How wonderful," but none of the chronic patients could get in because they did not want to offend the neighbourhood. People who might have done well on their own were given places in

Nous devons également reconnaître que la psychiatrie n'est pas vraiment une pseudo-science. Mme Gerstein a signé l'introduction de mon dernier ouvrage. Elle a fait partie du mouvement en faveur de la désinstitutionnalisation qui a existé dans les années 50, 60 et 70, mouvement qui pensait que tout ce qu'il nous fallait, c'était un bon médicament, sauf que cela ne correspondait pas à la réalité. Les gens ont besoin de beaucoup plus dans leur vie. Nous devons reconnaître que la science n'est pas tout.

Je ne sais pas ce que vous pouvez faire pour supprimer cet obstacle majeur qui existe dans chacune des provinces. Peut-être suffit-il tout simplement de sensibiliser la population au problème. Il n'est pas facile pour les personnes qui finissent par devenir admissibles à un programme provincial de pension d'invalidité, programme qui vous donne accès à des cartes de paiement des médicaments, de se mettre à la recherche d'un emploi.

Si leur travailleur social leur enlève leur pension d'invalidité, ils se retrouvent au bien-être social, et les prestations sont dérisoires. Cela peut prendre des mois et des mois avant de toucher à nouveau la pension d'invalidité.

Vous êtes comme battu d'avance. Ça vous décourage. Avant, il y avait des programmes appelés L'étape suivante. Je me souviens, quand j'étais dans ma maison de chambre, il y avait 70 fous qui avaient tous été libérés d'établissements psychiatriques provinciaux et il y a quelqu'un qui a claqué la porte derrière nous en faisant un bruit d'enfer. Quand un travailleur social est venu me voir, il trouvait que j'étais plus classe moyenne et qu'il arriverait peut-être à communiquer avec moi; il me disait des choses qu'il ne disait pas aux autres, comme le fait que je pouvais avoir une allocation de vêtements une fois par année. On peut faire ça. Ce groupe-là, en général, n'est pas au courant.

L'autre chose, c'est que lorsque vous irez faire des visites, ne parlez pas seulement aux travailleurs de première ligne. Ne vous rendez pas dans les établissements en pensant que c'est le «milieu», parce que ça ne l'est pas. C'est à ceux qui reçoivent les services que vous devez parler. Parlez-leur d'une manière qu'ils puissent vous répondre sans avoir peur; autrement dit, ne leur parlez pas en présence du personnel, même si tous les employés ne sont pas mauvais. J'ai été membre du personnel, moi aussi, mais de cette façon vous entendrez davantage la vérité des clients.

Par exemple, je me souviens d'un ivrogne qui passait dans Parkdale et qui criait: «Je suis peut-être un ivrogne, mais au moins je ne suis pas fou.» Il y a un ordre de préséance et Dieu nous vienne en aide parce que nous sommes les derniers. Ça fait peur d'aller dans un refuge, pas seulement parce que les types vont vous tabasser, mais parce que le personnel aussi va mal vous traiter.

J'ai été un des fondateurs de la Coalition pour le logement supervisé de Toronto qui a reçu beaucoup de lits dans des foyers de groupe. Je me suis dit que c'était merveilleux sauf qu'aucun des malades chroniques ne pouvait y aller de peur qu'ils choquent le voisinage. Des gens qui auraient pu se débrouiller tout seul ont

supportive housing and our folks were left in rooming and boarding houses, with no controls over the landlord or how that house was run.

Mr. Cameron: “Not in my backyard” is not just a major issue in mental health and homelessness. We have millions of projects on hold because of NIMBYism. One of the things we try to do is organize workshops and training for community groups on how to go out and dialogue with the communities, explain the services and touch individuals and build that coalition. As we move further into more transitional and supportive facilities the greater the problems with social issues seem to become.

Senator Fairbairn: I have one question relating to Western Canada in particular. We have a huge and growing population of young Aboriginal people. Indeed, in the province of Saskatchewan, it will not be long before the majority of the population is Aboriginal. I admire very much what you have been doing on the homeless issue with such a small resource base. I think particularly of Alberta. I am from Lethbridge and we work on it there. However, I am thinking of what is being done in Calgary. I am wondering if you could give us a kind of snapshot of the impact that this particular part of our population has on the issue that we are dealing with today. I am thinking of the young Aboriginal people who come in off the reserve, where Lord knows what they have been going through. There they are in downtown Calgary in great numbers. How is this affecting the way that you can deliver the program, limited though it is, although it has had some remarkable success in bringing in the rest of community as partners? How do the young Aboriginal people fit into that?

Mr. Cameron: We have something called an urban Aboriginal homeless component to the initiative, whether in Calgary, Edmonton or Red Deer, which is a good example. This is again the Aboriginal community identifying the priorities, where the needs are and making decisions on funding those priorities. In Red Deer, it is a community-based approach where the full community comes together. They have pooled their money. Every homelessness project in Red Deer has an Aboriginal component to it and the Aboriginal community is part of that process.

It is staggering. I do not know if you watched the national news last night, showing a young Aboriginal girl who has been a prostitute since 12. The Aboriginal young people are coming to the cities. They are culturally lost.

Senator Fairbairn: It has a tremendous impact on their mental state and stability.

Mr. Cameron: It has impacted their mental state, their self-esteem and their ability to connect. There are tremendous housing problems on the reserves — 12 and 15 people living in a house is homelessness. There is overcrowding. When young people come to the cities, they do not know where the services are. They have no connection. Where do you go when totally disconnected and on the street? What happens on the street? Who influences you? It is the people on the street. They get into gangs and into serious situations. Many people think it is an Aboriginal problem. It is a

obtenu des places en logement supervisé et nos gens à nous ont été abandonnés dans des maisons de chambres et des pensions, sans la moindre supervision du propriétaire ou de la façon dont la maison était tenue.

M. Cameron: «Pas dans ma cours», ce n'est pas seulement un gros problème en santé mentale et en itinérance. Il y a des millions de projets en suspens à cause de cette attitude. Nous, on essaie d'organiser des ateliers et de donner des cours aux groupes locaux pour leur montrer comment établir le dialogue avec les regroupements, expliquer les services, rejoindre les gens et former cette coalition. Plus on a recours aux logements de transition et supervisés, plus les problèmes sociaux semblent s'aggraver.

Le sénateur Fairbairn: J'ai une question en particulier qui porte sur l'ouest du pays. Nous avons une grande population, qui ne cesse de grandir, de jeunes Autochtones. En Saskatchewan, cela ne tardera pas avant que la majorité de la population soit autochtone. J'admire beaucoup ce que vous avez fait pour aider les sans-abri avec si peu. Je pense en particulier à l'Alberta. Je viens de Lethbridge et on y travaille là-bas. Je pense à ce qui se fait à Calgary. Pourriez-vous nous donner une idée de la place qu'occupe cette population dans ce dossier? Je pense aux jeunes Autochtones fraîchement débarqués de leur réserve et Dieu sait ce qu'ils vivent. Ils sont nombreux au centre-ville de Calgary. Quel effet cela a-t-il sur votre programme, tout limité qu'il soit, même si vous avez obtenu des succès remarquables et trouvé des partenaires dans la collectivité? Où se situent les jeunes Autochtones là-dedans?

M. Cameron: Notre programme a un volet pour les sans-abri autochtones en milieu urbain à Calgary, Edmonton ou Red Deer, et c'est un bon exemple. C'est la communauté autochtone qui détermine ses priorités, ses besoins, et qui décide quoi financer. À Red Deer, c'est toute la collectivité qui serre les coudes. Les fonds sont mis en commun. Tous les projets d'aide aux sans-abri de Red Deer ont un volet autochtone et la communauté autochtone y est associée.

C'est renversant. Je ne sais pas si vous avez regardé les nouvelles nationales hier soir; on a vu une jeune Autochtone qui se prostitue depuis l'âge de 12 ans. Les jeunes Autochtones débarquent en ville et ils sont culturellement perdus.

Le sénateur Fairbairn: Cela leur cause un choc immense et ébranle leur état mental et leur stabilité.

M. Cameron: C'est un choc pour leur état mental, leur estime de soi et leur capacité à établir des liens. Il y a d'immenses problèmes de logement dans les réserves: 12 et 15 personnes qui vivent dans la même maison, c'est comme ne pas avoir de maison. C'est surpeuplé. Lorsque les jeunes viennent à la ville, ils ne savent pas où sont les services. Ils n'ont aucun contact. À qui allez-vous vous adresser quand vous n'avez pas le moindre contact et vivez dans la rue? Qu'est-ce qui se passe dans la rue? Qui a de l'influence sur vous? Ceux qui y vivent. Les jeunes entrent dans des gangs et

homelessness problem across Canada, but young Aboriginals with FAS/FAE coming into the city can be taken advantage of. They can be told, as you know, the kind of behaviours. There is a wide range of mental health issues. Obviously, there is a background of abuse, et cetera, bringing them to where they are. To be honest, we are not holistic in our approach. We have an urban Aboriginal strategy and a homeless strategy that is off-reserve. One of the things we are trying to do is bring the urban Aboriginal strategy, homelessness strategy and other federal departments together to look at it from a holistic point of view.

The money might be out there. I really do not know. We need to do a diagnosis of how we are spending the money, what we are spending it on and how we are complementary. We are dealing with urban Aboriginals on a wide range of issues. Federal departments are dealing with Aboriginals, and we need some coherency.

The numbers are staggering — and increasing — and we are not able to handle the situation.

Ms. Girard: One challenge is inclusion. If we want to think about effective solutions — and Mr. Cameron mentioned cohesion and having us doing things together — it also means getting all the people involved around the table. This initiative is being implemented throughout the country, but because the communities are taking the lead, we are seeing great success in terms of inclusion in certain communities. In others it has been more difficult to get the Aboriginal community around the table. That is certainly something that we are working on, to ensure that all the partners are around the table.

They bring a very important expertise. We know that services that are offered in large urban centres are not always culturally adapted to the needs of Aboriginal people, especially the young. When we had consultations and asked them about the key issues in the North that we needed to research — the overcrowding and all of that — they talked about certain issues like housing, which we hear across the board, but also, culturally adapted services was a specific issue that arose that we did not hear in other consultations.

Through the years, we have tried different models. Some were more successful than others. The message that they are sending us now is unless you are able to deliver the kinds of services we need, with the philosophy and the approach with which are familiar and comfortable, there will be difficulty in succeeding.

The important thing with young people is to try to provide them with the right skills. They are young and show potential. They have many years to live and to contribute to and participate in their community.

We also need to think about how we define “participation.” We have an equation for poor people. You work; you participate. Participation can be defined more broadly. People can participate and be active members of their communities. Investing in the skills of these youth is also very important.

ont de graves ennuis. Beaucoup de gens pensent que c’est un problème autochtone. C’est un problème d’itinérance partout au pays, mais les jeunes Autochtones touchés par le SAF — qui débarquent en ville sont des proies faciles. Ils apprennent des comportements. Il y a tout un éventail de problèmes de santé mentale. Il y en a notamment qui ont été maltraités et qui traînent ce bagage avec eux. Pour être honnête, notre méthode manque de globalité. Nous avons une stratégie pour les Autochtones en milieu urbain et une stratégie d’aide aux itinérants à l’extérieur des réserves. Nous, nous essayons de réunir nos deux stratégies et les autres programmes fédéraux pour adopter une démarche globale.

Il y a peut-être de l’argent disponible, je ne sais pas. Il faut regarder comment on dépense l’argent, sur quoi et où notre action peut être complémentaire. On s’occupe des Autochtones en milieu urbain sur beaucoup de fronts. Divers ministères fédéraux s’occupent des Autochtones, et il nous faut de la cohérence.

Les chiffres sont renversants — ils continuent de monter — et on ne maîtrise plus la situation.

Mme Girard: Un des problèmes, c’est l’inclusion. Pour trouver des solutions efficaces — et M. Cameron a parlé de cohésion et de concertation — il faut rassembler tous les intéressés autour de la table. Cette initiative est mise en oeuvre partout au pays, mais comme ce sont les collectivités qui prennent les devants, on réussit très bien à inclure certains groupes. Ailleurs, il a été plus difficile d’amener la communauté autochtone à la table. On y travaille, pour s’assurer que tous les partenaires y sont.

Ils apportent un savoir très important. Nous savons que les services offerts dans les grands centres urbains ne sont pas toujours culturellement adaptés aux besoins des Autochtones, en particulier des jeunes. Quand nous les avons consultés et leur avons demandé quels sont les principaux problèmes dans le Nord sur lesquels il faut se renseigner, comme le surpeuplement, oui, ils ont parlé du logement, ce qui revient toujours, mais aussi de services culturellement adaptés, ce qui n’avait pas été mentionné dans d’autres consultations.

Au fil des années, nous avons essayé divers modèles. Certains ont eu plus de succès que d’autres. Leur message aujourd’hui est que si vous n’êtes pas capables de nous donner les services dont nous avons besoin, dans un état d’esprit et d’une manière qui nous sont familiers et avec lesquels nous sommes à l’aise, il sera difficile d’avoir du succès.

L’important avec les jeunes est de leur donner les compétences qu’il faut. Ils sont jeunes et ont du potentiel. Ils ont de nombreuses années à vivre pendant lesquelles ils peuvent faire partie de leur collectivité et y contribuer.

Il faut aussi réfléchir à la façon dont nous définissons cette participation. Nous avons une équation pour les pauvres: vous travaillez; vous participez. La participation peut être plus large. Les gens peuvent participer et être des membres actifs de leurs collectivités. Il est aussi très important d’investir dans les compétences de ces jeunes.

Mr. Cameron: One of the real challenges for the Aboriginal entities and service providers with which we work is sustainability. In other words, how do they continue? We can help, but it is a short-term initiative. What about ongoing funding? How do we make these organizations that are helping Aboriginal people sustainable?

I am not sure if this is a mental health issue, but you should know that we do not have full engagement from the private sector with the Aboriginal community. In other words, if you were to look at partnerships for some kinds of services, the business community is absent. They are absent from addressing homelessness as well in our communities, but in particular in the Aboriginal communities. We have been asking Aboriginal organizations if they can help us in developing a partnering strategy to better connect with the business community to address long-term sustainability.

Senator Léger: If a person has mental illness and commits a crime against society, he is put in the correctional institution, right? Do they get mental health problems once in the institution? Does it happen there?

If you are ill, you cannot be accused. The act was a result of that illness. Perhaps inmates become sick once incarcerated.

Ms. Bouchard: It is logical to think that prison environments are not necessarily conducive to mental health. People are cut off from their community and their support. There are many factors in a holistic approach that create more stress. We know that the prison environment is a stress on people. It probably enhances the problems and can create further problems.

Senator Léger: Does it happen that someone who is ill is sent to prison?

Ms. Bouchard: It can happen. I do not know the data. I know that provincial corrections has started to look at that because the first time people commit an offence, they end up in the provincial system.

Sometimes, the first manifestation of a mental illness will be somebody ending up in the court system for a lack of prior assessment, diagnosis or treatment. Does the criminal court system address those specific problems? Unless there is a diagnosis that this person is criminally insane and therefore needs to be put in the forensic psychiatric facility, it might be missed, which might lead to recurring problems. People may end up in our system the first time that they have a mental health problem.

I think it is a combination of things.

The Deputy Chairman: We heard testimony via video conferencing with Australia about a program they have had since the early 1990s. They have moved between 30,000 and 40,000 youth out of the criminal justice system and into a kind of health and wellness situation. I imagine you are probably looking at the Australian example.

M. Cameron: Un des gros problèmes pour les entités et les fournisseurs de services autochtones avec qui nous travaillons, c'est la durée. Autrement dit, comment peuvent-ils survivre? Nous pouvons les aider, mais c'est une initiative à court terme. Qu'en est-il du financement permanent? Comment peut-on assurer la pérennité des associations qui aident les Autochtones?

Je ne suis pas sûr qu'il s'agisse d'une question de santé mentale, mais il faut que vous sachiez que nous ne bénéficions pas de la participation entière du secteur privé quand il s'agit des Autochtones. Autrement dit, si vous examinez les partenariats dans le cas de certains services, les milieux des affaires brillent par leur absence. Ils ne participent pas à la lutte contre l'itinérance dans nos milieux, mais en particulier en milieu autochtone. Nous avons demandé aux associations autochtones de nous aider à élaborer une stratégie de partenariats pour avoir de meilleurs liens avec les milieux des affaires en vue d'assurer la pérennité.

Le sénateur Léger: La personne atteinte de maladie mentale qui commet un crime est placée dans un établissement correctionnel, n'est-ce pas? Est-ce qu'ils développent des troubles mentaux une fois incarcérés? Est-ce que ça arrive là-bas?

Si vous êtes malade, vous ne pouvez pas être accusé. Le crime est la conséquence de cette maladie. Peut-être que les détenus deviennent malades en prison.

Mme Bouchard: Il n'est pas étonnant de croire que le milieu carcéral ne favorise pas la santé mentale. Les gens sont coupés de leurs racines et de leur source d'appui. Il y a plusieurs facteurs dans l'approche intégrée qui créent plus de stress. Nous savons que la prison est une source de stress pour les gens. Elle aggrave sans doute les problèmes et peut en créer d'autres.

Le sénateur Léger: Arrive-t-il que quelqu'un de malade soit envoyé en prison?

Mme Bouchard: Ça peut arriver. Je ne connais pas les chiffres. Je sais que les services correctionnels provinciaux ont commencé à examiner la chose parce que la première fois que les gens commettent une infraction, ils sont placés dans le système provincial.

Parfois, la première manifestation de la maladie mentale, c'est quelqu'un qui se retrouve devant le tribunal faute d'évaluation, de diagnostique ou de traitement préalables. Le système judiciaire se penche-t-il sur ces problèmes? En l'absence de diagnostic indiquant que la personne est aliénée du point de vue juridique et doit être placée en établissement psychiatrique, cela peut passer inaperçu et conduire à des problèmes à répétition. Il se peut que des gens aboutissent chez nous la première fois qu'ils ont eu un épisode de maladie mentale.

C'est un ensemble de choses, je crois.

La vice-présidente: Nous avons entendu par vidéoconférence des témoignages au sujet d'un programme australien en place depuis le début des années 90. L'Australie a fait sortir entre 30 000 et 40 000 jeunes du système de justice pénale pour les placer dans une filière de santé et de bien-être. Vous examinez sans doute l'exemple de l'Australie.

Ms. Bouchard: Yes, we are. Australia is divided into states, so each state has its system. We have been looking at those, because they are different systems. They have an overall strategy.

The Deputy Chairman: They do not seem to have the same problems between the federal and state governments that we seem to have here.

Senator Cook: Ms. Capponi, I tried to put together in one place the gaps and needs in the system. Hopefully, this study will achieve that.

You said in your testimony that you wish for a small portion of the resources that is currently allocated to institutions and agencies. Could you elaborate? How do you see accessing this and what will it do for you in working toward being a total person and able to cope in society?

Ms. Capponi: When I was on the board of the Centre for Addictions and Mental Health, I made the plea that funds be made available to survivor groups from the hospital. It was not well received.

They once had a vocational rehab program within the hospital. It was kind of like a coffee bar. You know how in hospitals it is mostly volunteers who do these things, but in this case it was a vocational rehab program. About three or four years ago, the Ontario Council of Alternative Businesses, which is all psychiatric survivors, started negotiations to have that transferred to OCAB and run as a survivor business, where people would be paid to work in the coffee bar.

It was the first program divested from a hospital to a psychiatric survivor business. People are earning more than minimum wage.

One thing really thrilled people. There is a coffee cart with speciality coffees and other things. In order to take that coffee cart around to all the wards, the survivors working within this place — Out of this World Cafe — must have keys to the doors.

The Deputy Chairman: Master keys.

Ms. Capponi: It was wonderful. I was there the day it was announced that the staff of the Out of This World Cafe was getting keys to the wards. It was the most liberating day.

Since then, my younger sister, jointly diagnosed with heroin addiction and mental illness, has been appointed the client employment person by Queen Street Mental Health Centre, the centre for addictions. She is now working in human resources for them.

Instead of looking at more sheltered workshops and hospital-run housing, which tends to resemble institutions, we should be looking at that sort of thing. Some of that should be divested to consumer survivor groups to run themselves.

Mme Bouchard: Oui. L'Australie est divisée en états et chacun a son propre système. Nous les avons examinés parce qu'ils sont différents. Le pays a une stratégie globale.

La vice-présidente: Ils ne semblent pas avoir les mêmes problèmes que nous avons, entre leur gouvernement fédéral et les états.

Le sénateur Cook: Madame Capponi, j'ai essayé de réunir au même endroit les lacunes et les besoins du système. J'espère que cette étude y arrivera.

Vous avez dit dans votre témoignage que vous aimeriez avoir une petite partie des fonds actuellement alloués aux établissements et aux organismes. Pourriez-vous nous en dire plus? Comment pourriez-vous y avoir accès, d'après vous, et en quoi cela vous aidera-t-il à devenir quelqu'un d'entier capable de vous débrouiller en société?

Mme Capponi: Quand je siégeais au conseil du Centre de toxicomanie et de santé mentale, j'ai fait un plaidoyer pour que l'hôpital mette des fonds à la disposition des groupes de personnes ayant un vécu psychiatrique. L'idée n'a pas été bien accueillie.

À une certaine époque, il y avait un programme de réadaptation professionnelle à l'hôpital. C'était une sorte de café. Ce sont surtout des bénévoles qui s'occupent de cela dans les hôpitaux, mais là, c'était le programme de réadaptation professionnelle. Il y a trois ou quatre ans, l'Ontario Council of Alternative Businesses, composé en totalité de personnes ayant un vécu psychiatrique, a entrepris des négociations pour que ce programme soit transféré au OCAB et qu'il soit exploité comme une entreprise, où les gens seraient rémunérés pour leur travail au café.

Il s'agissait du premier programme qu'un hôpital cédait à une entreprise de personnes ayant un vécu psychiatrique. Ces personnes gagnent plus que le salaire minimum.

Il y a une chose qui a vraiment emballé les gens. Il y a un buffet roulant qui offre des cafés fins et autres produits. Pour visiter tous les services de l'hôpital, les employés du Out of this World Café — c'est son nom — doivent avoir toutes les clés.

La vice-présidente: Le passe-partout.

Mme Capponi: C'était extraordinaire. J'y étais lorsque l'on a annoncé que le personnel du café allait obtenir les clés des services. C'était la libération.

Depuis, ma petite soeur, à qui on a diagnostiqué une héroïnomanie et une maladie mentale, a été nommée responsable du recrutement au Queen Street Mental Health Centre, le centre de toxicomanie. Elle travaille donc là aux ressources humaines.

Au lieu de songer à mettre sur pied d'autres ateliers protégés ou à des habitations dirigées par les hôpitaux, qui finissent par ressembler à des établissements, c'est à cela qu'il faudrait songer. Une partie de l'argent devrait aller à des groupes de personnes ayant un vécu psychiatrique pour qu'elles se prennent en main.

Drop-in programs funded by community mental health agencies could be run by survivors. I worked in a drop-in centre for seven years. It is not that difficult to do. With apprenticeship programs, people could be helped to run them as a survivor group. Indeed, there are such places in Canada that are totally run by survivors.

Some money goes for exotic research. For instance, the Clarke Institute really likes to do exotic research. Some of that money might be better used to help people to survive. This is one of the reasons I left that board.

My feeling was that they did not wish to do the practical things. Getting people a decent room, with enough money to fill their bellies and take public transit is not as exotic as looking at homosexuality and birth order, which was the research being done. Money that is used currently for weird research could be targeted so that people could have a life.

Senator Cook: You are talking about funding for the empowerment of the individual?

Ms. Capponi: Yes, which would also work with Aboriginal communities. I had the privilege, when I went across Canada, to attend a first meeting of a nascent survivor group in Red Deer. It was quite fun, being driven by a manic-depressive from the Red Deer airport to that meeting.

We have done a whole lot with very little — talking to street kids, homeless young men and women, who are not listened to, looking at their eyes light up when you say, “I understand why you left school early, it is really hard to be in school when you are afraid to go home. That does not mean you are stupid. There are ways to learn and we can help.” It makes a difference.

Senator Cook: Madam Chair, our witnesses will simply have to come back because I have stories to tell, too. For a number of years, I have been a volunteer community board member of a social centre as an advocate to work with consumers who found themselves in the position that you did, and there are good-news stories.

I wanted to follow the funding package so that my friend, Mr. Bill Cameron, could understand and see where funding might better be used. When you mentioned funding, you used the word “important.” Am I to understand that your funding goes to provincial jurisdictions and they manage the program, or is there federal involvement?

Mr. Cameron: Our funding goes directly to the community groups and to communities. No money goes to governments.

Senator Cook: I come from the province of Newfoundland. I know there are affordable housing projects for incarcerated people, particularly the Stella Burry Corporation.

Mr. Cameron: We work with the Stella Burry Corporation and Jocelyn Greene.

Ces personnes pourraient aussi diriger des centres d'accueil financés par les organismes locaux de santé mentale. Moi-même, j'y ai travaillé pendant sept ans. Ce n'est pas très difficile. Grâce à des programmes d'apprentissage, on pourrait aider les gens ayant un vécu psychiatrique à gérer de tels centres. De fait, il y a des endroits au pays entièrement tenus par ces personnes.

Une partie des fonds va à des travaux de recherche plutôt théoriques. Par exemple, l'Institut Clarke aime faire des travaux exotiques. Une partie de cet argent servirait mieux s'il aidait les gens à survivre. C'est une des raisons pour lesquelles j'ai quitté le conseil.

Je trouvais qu'ils ne voulaient pas faire du concret. Trouver une chambre acceptable pour quelqu'un et lui donner assez d'argent pour qu'il puisse manger à sa faim et emprunter les transports en commun, ce n'est pas aussi intéressant que d'étudier l'homosexualité ou le rang de naissance, ce genre de travaux. L'argent actuellement consacré aux travaux théoriques pourrait servir à améliorer la vie des gens.

Le sénateur Cook: Vous parlez du financement en faveur de l'autonomisation de la personne?

Mme Capponi: Oui, et qui s'appliquerait aussi aux collectivités autochtones. Quand j'ai traversé le pays pour assister à la première rencontre d'un nouveau groupe de personnes ayant un vécu psychiatrique à Red Deer. J'ai eu beaucoup de plaisir en compagnie d'un maniaco-dépressif qui m'a conduit de l'aéroport de Red Deer jusqu'à cette réunion.

On a fait beaucoup avec très peu: parler à des jeunes des rues, des jeunes, hommes et femmes, sans-abri, que personne n'écoute et dont le regard s'allume quand vous dites «Je comprends pourquoi tu as quitté tôt l'école; c'est difficile d'y aller quand on a peur de rentrer à la maison. Ça ne veut pas dire que tu es stupide. Il y a des façons d'apprendre et on peut t'aider.» Ça change les choses.

Le sénateur Cook: Madame la présidente, il va falloir que nos témoins reviennent parce que j'ai des choses à raconter, moi aussi. Pendant des années, j'ai siégé à titre de bénévole au conseil d'un centre qui travaillait auprès de consommateurs qui se trouvaient dans la même situation que vous et je connais des cas de réussite.

Je voulais revenir sur la question de financement pour que mon ami, M. Bill Cameron, comprenne et voit comment on pourrait faire meilleur usage de ces fonds. Quand vous avez parlé de financement, vous avez dit que c'était important. Dois-je comprendre que vos fonds vont aux gouvernements provinciaux, qui gèrent le programme, ou s'agit-il du gouvernement fédéral?

M. Cameron: Nos fonds vont directement aux associations locales et aux groupes. Rien ne va aux gouvernements.

Le sénateur Cook: Je viens de Terre-Neuve. Je sais qu'il y a des ensembles d'habitations pour détenus, et je pense en particulier à la Stella Burry Corporation.

M. Cameron: Nous travaillons avec la Stella Burry Corporation et avec Jocelyn Greene.

Senator Cook: These are the good-news stories, which I think we should be able to share and understand.

Mr. Cameron: We work directly with the community. No money is transferred to governments or municipalities. Money goes directly to the community groups who are working with homelessness.

Senator Cook: You agree that Ms. Greene's story is a good-news story?

Mr. Cameron: Yes, it is an excellent story.

Senator Cook: Ms. Jackson talks about the lack of standardized systems. Would that include legislation, given that most provinces have separate mental health acts and we have no national act?

Ms. Jackson: I think that, clearly, the power of established legislation to ensure that kind of standardization would greatly help. Certainly, CSC itself could go a great distance in assuming a federal responsibility for encouraging that standardization. Perhaps the excellent research department of the CSC might consider, as a long-term research project, a pilot looking at the effect of having a standardized protocol — follow the life history of an offender going through the system and into the community to see whether that kind of standardization would assist, how it would assist. I think we are certainly talking about a systemic problem, and at the systems level, a very practical kind of emphasis or initiative would be a standardization of the process of diagnosis.

The Deputy Chairman: On behalf of the committee, I wish to thank all the witnesses. I believe that many of my colleagues will want some or all of you to come back because this study will go on for some time yet. I would very much like to thank all of you for appearing today. I was particularly struck by your testimony, Ms. Capponi. I think it was outstanding.

Colleagues, if we could move quickly now to the next piece of work we have to do, which is Bill S-17, a Senate bill to amend the Citizenship Act.

Our witnesses on Bill S-17 are Mr. Charles Bosdet and Mr. Don Chapman.

Thank you very much, gentlemen, for appearing.

Mr. Charles Bosdet, as an individual: I want to thank the committee for giving us an opportunity to address Bill S-17.

I am a Canadian native, born in Winnipeg. I am currently a U.S. citizen and immigrated to Canada last year as Nova Scotia's first provincial nominee under their new provincial nominee program.

My background bears on the context of my remarks so I will tell you a little about that. I am a former law news and opinion editor at several newspapers in the United States and news and opinion editor of the largest daily law newspaper there. These days, I consult to businesses on policies and procedures. Currently, I am under contract on something I guess that is of interest these days in the U.S., helping companies prepare for audits under the Sarbanes-Oxley securities law.

Le sénateur Cook: Voilà des cas de réussite dont on devrait pouvoir parler et que l'on pourrait comprendre.

M. Cameron: Nous travaillons directement avec les intéressés. L'argent ne va jamais aux gouvernements ou aux municipalités. Les fonds vont directement aux associations locales qui accompagnent les sans-abri.

Le sénateur Cook: Trouvez-vous que ce que nous a raconté Mme Greene est un cas de réussite?

M. Cameron: Oui, tout à fait.

Le sénateur Cook: Mme Jackson parle de l'absence de système standardisé. Parlez-vous des lois, étant donné que chaque province a sa loi sur la santé mentale et qu'il n'y a pas de loi nationale?

Mme Jackson: Il est certain qu'une loi favoriserait beaucoup ce genre de normalisation. Le Service correctionnel du Canada lui-même pourrait faire beaucoup et pourrait se charger au niveau fédéral d'encourager cette normalisation. Peut-être l'excellent service de la recherche du SCC pourrait-il envisager, comme projet de recherche à long terme, d'étudier les effets qu'aurait un protocole normalisé: suivre le parcours d'un délinquant dans le système et dans la société pour voir si ce genre de normalisation aiderait et comment. Il s'agit sûrement ici d'un problème au niveau des systèmes, et la normalisation de l'établissement des diagnostics serait une mesure concrète à prendre.

La vice-présidente: Au nom du comité, je tiens à remercier tous les témoins. Beaucoup de mes collègues voudront que certains d'entre vous, ou vous tous, reviennent parce que cette étude va durer quelque temps encore. Je tiens à vous remercier tous d'avoir comparu aujourd'hui. J'ai été particulièrement frappée par le témoignage de Mme Capponi. Je l'ai trouvé exceptionnel.

Il nous faut maintenant passer rapidement à l'autre point de l'ordre du jour: le projet de loi S-17, projet de loi du Sénat modifiant la Loi sur la citoyenneté.

Au sujet du projet de loi S-17, nous entendrons M. Charles Bosdet et M. Don Chapman.

Merci beaucoup d'être venus, messieurs.

M. Charles Bosdet, témoignage à titre personnel: Je remercie le comité de nous donner l'occasion de parler du projet de loi S-17.

Je suis canadien d'origine, né à Winnipeg. Je suis actuellement citoyen américain, immigré au Canada l'an dernier comme le premier candidat de la province de la Nouvelle-Écosse en vertu de ce nouveau programme.

Comme mon passé vous permettra de mieux comprendre mes propos, je vais vous en parler un peu. J'ai été rédacteur et réviseur de la chronique juridique dans plusieurs journaux des États-Unis ainsi que directeur de l'information et éditorialiste d'un des plus grands quotidiens juridiques de ce pays. Je suis aujourd'hui expert-conseil auprès d'entreprises en matière de politiques et de procédures. Je travaille actuellement à contrat sur une question qui suscite de l'intérêt ces temps-ci aux États-Unis, à

I am here to support Bill S-17 and ask for your support for it because it corrects what I believe is an inequity in the existing law. It appears to be a longstanding inequity and the department that normally one might expect to resolve this issue seems to be opposed to fixing it. We saw that in the testimony before this committee last week.

The problem is that between the 1977 Citizenship Act and one or two court rulings since then, notably *Benner*, we can break Canadian citizens into several categories — those who were born in Canada before and after 1977, and those who were born outside of Canada before and after 1977. The group loosely called the “lost Canadians” is the only one that appears to have a more difficult time in having their rights protected under Canadian law as a result of this inequity.

As you can see, those born outside Canada are what I would call “protected,” in the sense that they can simply write a letter of application to the minister to have their citizenship restored; and in a matter of a couple of weeks or something like that, they are Canadians again. They do not go through something called the “resumption process.” That applies whether they were born in Canada or outside. It is a different situation for those people who were born in Canada before 1977.

The testimony received before the committee last week from the department is that these people — we will call them the lost Canadians — should be treated fairly. The definition of “fairness” is that they are treated the same as everyone else.

If we look at the chart here — and I think you have a copy of it — and I am not a lawyer, but if you go through the citizenship policy manual, it appears that there are different criteria for restoring citizenship to people identified here.

There is no oath requirement for two of these categories but the lost Canadians would be required to take an oath. There is a waiting period to be admitted for immigration. This does not affect the people in the first two columns on your chart, but it is applied against the lost Canadians. There is a one-year waiting period required after immigration for lost Canadians but for no one else. Permanent residency is required of the lost Canadians but not of the other two categories. Citizenship is automatic upon application for the first two categories but not for the lost Canadians. Lost Canadians have the distinction of being subject to the security and criminality checks, not once but twice, while neither of the other categories must undergo them.

I guess I would liken this situation to: You get to choose your friends but not your relatives. The Department of Citizenship and Immigration came before this committee last week and said clearly that what it wants to do with these lost Canadians is choose its relatives. I do not dispute for a moment there may be some people who might come back to Canada under Bill S-17, if

savoir aider les entreprises à se préparer à subir une vérification financière en application de la loi Sarbanes-Oxley sur les valeurs boursières.

Je suis ici pour manifester mon appui pour le projet de loi S-17 et vous demander d'en faire autant parce que le texte corrige ce que j'estime être une injustice du droit actuel. Cette injustice existe de longue date et le ministère dont on pourrait normalement s'attendre qu'il règle le problème semble être contre. Nous l'avons vu dans les témoignages entendus devant le comité la semaine dernière.

Le problème est qu'entre la Loi sur la citoyenneté de 1977 et une ou deux décisions des tribunaux depuis, notamment dans l'affaire *Benner*, on peut classer les citoyens canadiens en plusieurs catégories — ceux qui sont nés au Canada avant et après 1977 et ceux qui sont nés à l'extérieur du Canada avant et après 1977. Le groupe que l'on appelle «les Canadiens oubliés» est le seul qui semble avoir plus de difficultés à faire protéger ses droits en vertu de la législation canadienne par suite de cette injustice.

Comme vous pouvez le constater, ceux qui sont nés à l'extérieur du Canada sont ceux que j'appelle «les protégés», en ce sens qu'ils peuvent se contenter de faire parvenir une demande au ministre pour retrouver leur citoyenneté; en quelques semaines, c'est chose faite. Ils n'ont pas à suivre ce que l'on appelle parfois «la réintégration dans la citoyenneté». C'est la filière à suivre, peu importe s'ils sont nés au Canada ou à l'étranger. La situation est différente pour ceux qui sont nés au Canada avant 1977.

Les représentants du ministère qui ont témoigné ici la semaine dernière ont dit que ces gens — appelons-les les Canadiens oubliés — devraient être traités équitablement. Par équitablement, nous voulons dire qu'ils devraient être traités comme les autres.

Selon le tableau que nous avons ici — je pense que vous l'avez — bien sûr je ne suis pas juriste, mais si l'on consulte le guide des politiques de citoyenneté, il semble y avoir des critères différents pour permettre aux personnes désignées ici de recouvrer leur citoyenneté.

Les personnes faisant partie de deux de ces catégories n'ont pas à prêter serment, mais les Canadiens oubliés eux devraient le faire. Il y a une période d'attente pour être jugé admissible à l'immigration. Les personnes des deux premières colonnes de votre tableau ne sont pas visées, mais les Canadiens oubliés eux doivent s'y soumettre. Ces derniers sont les seuls à devoir attendre un an après avoir été jugés admissibles à l'immigration. Ils doivent avoir la résidence permanente alors qu'on ne l'exige pas des deux autres catégories. La citoyenneté est accordée sur demande aux deux premières catégories, mais non pas aux Canadiens oubliés. Ces derniers ont la particularité d'être assujettis à des vérifications de sécurité et de casier judiciaire, deux fois plutôt qu'une, alors que les membres des autres catégories n'y sont pas soumis.

C'est un peu comme dire qu'on peut choisir ses amis mais pas ses parents. Des représentants du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration ont comparu devant le comité la semaine dernière et ont clairement dit que ce qu'on veut faire dans le cas de ces Canadiens oubliés, c'est choisir leurs parents. Je ne conteste pas le fait qu'il peut y avoir des gens qui pourraient revenir au Canada

it were enacted, that I might not want to invite to dinner; but I do not get to choose my relatives and this is not an immigration matter.

CIC speaks as if citizenship and immigration are joined at the hip, and they are not the same thing. They should not be subject to reliance upon one another. They are definitely related, but as the spokesperson for the department said last week, you either are or are not a citizen. This really is not an immigration matter, although much of the testimony was directed toward resumption, which involves immigration processing.

We got to this happy state, as I understand it, because the law that went into effect in 1977 had various problems. In the testimony before the House — and I do not recall whether it was also before the Senate — quite a number of problems were pointed out by lawmakers. I understand the department's position to have been, "Well look, this is the best we can do right now and if we do not do it this year, it will probably be a couple of years before we can come back and do this again, because we have to go through hearings and everything. Take it or leave it. Pass this thing now and we will clean up the loose ends later." Parliament passed the law and right now we are still dealing with one of the loose ends.

I want to mention something that does not come up very often. There seems to be a prevailing notion, when people do not think about it too much — I run into it a lot and that is why I will mention it here — that there is an emphasis on demonstrating one's attachment to Canada and whether these are really Canadians. After all, you left at age 5 or age 10. What do you know? I would point out that the first five years or so of anyone's life are probably the most impressionable years, and I think that any number of psychological studies would bear that out.

It is worth keeping that in mind when, let us say, a family moves to the United States, it can be likened to a bubble moving across the 49th parallel. They do not shed their Canadian ethics, values or ways by virtue of crossing the border — all of that moves with them, especially for someone like me, who was thoroughly familiar and in love with the icons of Canada and what they stood for, as I understood them at that tender age. You cannot live on the Manitoba prairie and not have an appreciation for your proper place in nature when a thunderstorm hits. When the house is shaking and you think the windows will break, that really puts you in your place. Nature, the way people relate to one another, civility and all the clichés that go with these icons move with you.

I remember wandering into a drugstore at age seven and asking where the rubbers were, and for some reason the clerk thought that was funny. I just wanted a pair of what turned out to be galoshes down there.

The household does not change; the values do not change and you grow up in that environment. Sure, you are in another country, but you are in a Canadian household. Very often, people I speak with act as though some magical change overcame your

en vertu du projet de loi S-17, s'il était adopté, et que je pourrais ne pas souhaiter voir à ma table; mais je ne choisis pas mes parents, ce n'est pas une question d'immigration.

Le ministère s'exprime comme si la citoyenneté et l'immigration étaient indissociables, mais ce n'est pas la même chose. Elles ne devraient pas dépendre l'une de l'autre. Elles sont certainement liées, mais comme l'a dit la semaine dernière le porte-parole du ministère, de deux choses l'une, ou vous êtes citoyen ou vous ne l'êtes pas. Bien que la majeure partie du témoignage ait porté sur le recouvrement de la citoyenneté, ce n'est vraiment pas une question d'immigration qui concerne les formalités d'immigration.

Nous en sommes arrivés là, si je comprends bien, parce que la loi qui est entrée en vigueur en 1977 posait divers problèmes. Au cours de leur témoignage devant la Chambre — je ne me souviens pas s'ils ont aussi comparu devant le Sénat — les législateurs ont signalé un bon nombre de ces problèmes. Je crois savoir que la position du ministère consistait à dire: «Eh bien, c'est le mieux que nous puissions faire maintenant et si nous ne le faisons pas cette année, il faudra probablement attendre quelques années avant que nous puissions y revenir et recommencer, parce que nous devons tenir des audiences et tout le reste. C'est à prendre ou à laisser. Adoptez le projet de loi et nous réglerons plus tard ce qui ne va pas.» Le Parlement a adopté la loi et maintenant nous en sommes encore à régler ce qui ne va pas.

Je veux mentionner quelque chose dont on ne parle pas très souvent. L'idée semble couramment admise, et les gens n'y réfléchissent pas trop — je le constate souvent et c'est pourquoi je tiens à le mentionner ici — il faut manifester son attachement au Canada et montrer qu'il s'agit de véritables Canadiens. Après tout, on est parti à l'âge de cinq ans ou de dix ans. Que savez-vous? Je dirais que les cinq premières années de vie sont probablement celles qui vous marquent le plus, et je pense que bien des études de psychologie le montrent.

Il faut savoir que lorsque, par exemple, une famille déménage aux États-Unis, on peut la comparer à un petit univers qui franchit le 49^e parallèle. Cette famille ne renonce pas à ses valeurs ni à ses façons de faire parce qu'elle traverse la frontière — elle les emporte avec elle, surtout s'il s'agit de quelqu'un comme moi qui connaissais bien et raffolait des symboles du Canada et de ce qu'ils représentaient pour moi dans mon jeune âge. On ne peut pas vivre dans la prairie manitobaine et ne pas comprendre la place qu'on occupe au sein de la nature quand l'orage éclate. Quand la maison tremble et qu'on pense que les carreaux vont éclater, ça vous fait vraiment relativiser votre situation. La nature, la façon dont les gens s'entendent, la bonne entente et tous les clichés inséparables de ces symboles, vous les emportez avec vous.

Je me souviens d'être entré dans une pharmacie à sept ans et d'avoir demandé où se trouvaient les caoutchoucs, le commis avait semblé s'en amuser. Je voulais seulement une paire de couvre-chaussures.

Le milieu familial ne change pas; les valeurs ne changent pas et on grandit dans ce milieu. Bien sûr, on est dans un autre pays, mais on est un foyer canadien. Très souvent, les gens s'adressent à moi comme si un changement s'était opéré par magie une fois la

household when you crossed the border and suddenly you are someone else. I am here to point out that these characteristics that you take with you from Canada, even at an early age, stick with you for the rest of your life.

A couple of months ago, I remember a manager seeming a bit "bent out of shape" when he discovered I was from Canada. I said, "What is the matter?" He said, "How come when I get someone who knows what he is doing around here, it turns out he is from Canada?" All my life, I have been told by people, in one form or another, that I was different. At first, it was the obvious things, like accent. Of course, I was saying, "What accent?"

I would suggest that just because we did not live here does not mean that we did not pay attention to every scrap of news that we came across, that we suddenly lost our affinity or our love for the icons that we were exposed to in the first instance. This will sound sappy, but I still have a soft spot for the RCMP. It did my heart good when I came into Halifax airport in Nova Scotia and was driving down the freeway and noticed I was doing the speed limit. I thought, "OK, he is not going to stop me so I will get a chance to talk to the passing Mountie." It sounds ridiculous but it sometimes carries over.

I feel that Bill S-17 would basically restore the lost Canadians to a level playing field, something that they do not now enjoy. There are two ways to go about it, one of which is to restore our citizenship; the other is to simply take away these citizenship privileges that were bestowed upon others retroactively in 1977 as a result of one or two Supreme Court and Federal Court rulings.

I do not think anyone will say for a minute that it is a good idea to go back and undo the 1977 changes. We are not asking for anything extraordinary here. We are simply asking to be recognized in the same way as other Canadians are who were born outside of the country and maybe never set foot here; who were somehow estranged from Canada; made adult choices to go somewhere else; made adult choices to give up their Canadian citizenship because they were marrying someone in another country; made adult choices to give up their Canadian citizenship because it was, somehow, convenient for or even necessary to their family.

Those people have had their citizenship restored on application. They simply write a letter and they are done; that is the extent of the process.

When I applied for my citizenship certificate, there were about 55 documents covering official government identification forms and all the rest of it spanning several generations of my family. I was put through something that I could only describe as an inquisition by my evaluator in Sydney, for no reason that I could establish. She reached the point of questioning the validity of documents issued by people just like her from the Canadian, American, British and Mexican governments. This binder is from Senator Kinsella's office and is still as it was when I handed it

frontière traversée, et que soudainement j'étais devenu quelqu'un d'autre. Je suis ici pour dire que ces traits qu'on emporte avec soi quand on quitte le Canada, même à un très jeune âge, vous restent pour toujours.

Je me souviens qu'il y a quelques mois, un gestionnaire a semblé un peu décontenancé quand il a appris que j'étais originaire du Canada. Je lui ai demandé ce qui l'étonnait. Il a dit: «Comment se fait-il que chaque fois que j'ai affaire à quelqu'un qui sait ce qu'il a à faire, c'est quelqu'un du Canada?» Toute ma vie, des gens m'ont dit, pour une raison ou pour une autre, que j'étais différent. D'abord, pour des raisons évidentes, comme mon accent. Naturellement, je demandais de quel accent on parlait.

Je dirais que ce n'est pas parce que nous ne vivons pas ici que nous ne nous intéressions pas à la moindre nouvelle qui nous parvenait, que nous avons subitement perdu notre intérêt ou notre dévotion pour les symboles que nous avons autrefois connus. Je vais vous paraître un peu fleur bleue, mais j'ai toujours un faible pour la GRC. Ça m'a réchauffé le cœur quand je suis arrivé à l'aéroport de Halifax en Nouvelle-Écosse; je roulais le long de l'autoroute et j'ai remarqué que je roulais à la vitesse permise. Je me suis dit «Bon, il ne va pas m'arrêter et pour que j'aie ainsi l'occasion de causer avec cet agent de la GRC qui me dépasse». Cela semble ridicule, mais ça vous prend parfois.

Je pense que le projet de loi S-17 permettrait à ces Canadiens oubliés de bénéficier de chances égales, ce dont ils sont privés maintenant. Il y a deux façons de s'y prendre, soit nous permettre de recouvrer notre citoyenneté; soit simplement de retirer ces privilèges de citoyenneté qui ont été accordés à d'autres rétroactivement en 1977 à la suite d'une ou deux décisions de la Cour suprême et de la Cour fédérale.

Je ne pense pas du tout qu'on puisse dire que c'est une bonne chose de revenir en arrière et de supprimer les changements apportés en 1977. Nous ne demandons rien d'extraordinaire. Nous demandons simplement d'être reconnus de la même manière que les autres Canadiens qui sont nés à l'extérieur du pays et qui n'ont peut-être jamais mis les pieds ici; qui ont été de quelque manière séparés du Canada; qui à l'âge adulte ont décidé d'aller ailleurs; qui à l'âge adulte ont décidé de renoncer à leur citoyenneté canadienne parce qu'ils avaient épousé quelqu'un d'un autre pays; qui à l'âge adulte ont décidé de renoncer à leur citoyenneté canadienne parce que, pour une raison quelconque, c'était pratique ou nécessaire pour leur famille.

Ces gens ont recouvré leur citoyenneté sur demande. Il leur suffit d'écrire une lettre et c'est fait; c'est tout.

Quand j'ai demandé mon certificat de citoyenneté, il y avait 55 documents, des formulaires d'identification officielle du gouvernement et tout cela couvrait plusieurs générations de ma famille. J'ai été soumis à ce que je ne peux décrire que comme une séance d'inquisition par l'évaluateur que j'ai rencontré à Sydney, sans que j'en comprenne la raison. Elle a fini par remettre en question la validité de documents émis par des gens occupant des postes tout à fait semblables au sien au sein des gouvernements du Canada, des États-Unis, de la Grande-Bretagne et du Mexique.

over to him. If anyone would care to flip through it after this meeting, I am sure it will be fine with Senator Kinsella's office. There is an index at the front that contains a remarkable list of documents that I am sure few, if any, could assemble in little time. I assembled them over the course of years and at substantial personal cost, but it still was not enough. I received a letter saying that they could not conclusively say that I was not a citizen.

I do not know what that meant exactly and I am not sure the department knows. My understanding is that two evaluators in the department concluded I was definitely a citizen. The department cites fairness and that resumption is a remedy for this. I will give the committee a copy of the *Glynos* decision, in which the court said, "1. Resumption is not a remedy. 2. You cannot duck out of court, as you are asking us to, in order to avoid this question; we will decide this thing."

Glynos says that given two paths toward citizenship, you cannot force someone to take the harder of the two paths. Yet a department representative was here last week recommending and explaining why we should do just that: We do not need Bill S-17 because we have a resumption process that is easy. Allow me to say that what is in that binder is not easy. *Glynos* has already told them what they need to do with something like this but they are slow to learn from it.

I would like to see as much consideration given to the lost Canadians as to honorary citizenship for a killer whale off the coast of British Columbia or to a former insurgent from South Africa. For that matter, I would like to see as much consideration as was given to the desecrated carcass of a one-winged whooping crane recently returned to a museum in the Northwest Territories because he was, after all, born in Canada and deserved to be here. The government was involved in a many-years-long struggle to retrieve that whooping crane, and thus far we have met, from the citizenship department, resistance to the very idea that we are anywhere near the same as any of these other groups.

Mr. Don Chapman, as an individual: Canada seems to have an identity problem. The country does not really seem to know what being a Canadian citizen is, but when it comes to defining what is not a Canadian, clearly it is a lost Canadian child. This is really Canada's shame. What kinds of parents turn their backs on their own children?

CIC has been consistent in saying that we are not citizens. They are inconsistent on almost everything else. I have been at this for over 30 years — trying to get back to my own country. I started a Web page three immigration ministers ago and I probably know

Ce cartable provient du bureau du sénateur Kinsella et est dans le même état que quand je lui ai remis. Si vous voulez bien vous donner la peine de le consulter à la fin de la séance, je suis sûr que le bureau du sénateur Kinsella n'y verra aucune objection. Il s'y trouve au début un index qui contient une longue liste de documents que peu d'entre vous, s'il en est, pourraient réunir rapidement. Il m'a fallu des années pour le réunir, moyennant des dépenses non négligeables, mais ce n'était pas encore assez. J'ai reçu une lettre où l'on me disait que l'on ne pouvait pas confirmer que je n'étais pas citoyen.

Je ne sais pas ce que cela signifie exactement et je ne suis pas sûr que le ministère le sache. Je crois savoir que deux évaluateurs au ministère ont conclu que j'étais certainement un citoyen. Le ministère parle d'équité et dit que la réintégration dans la citoyenneté est une mesure corrective dans ce cas. Je vais remettre au comité la décision *Glynos*, où le tribunal dit premièrement que la réintégration dans la citoyenneté n'est pas une mesure corrective et ensuite qu'on ne peut pas esquiver le tribunal, comme on lui demande de le faire, pour éviter cette question; c'est le tribunal qui tranchera.

Selon la décision *Glynos*, devant deux moyens d'acquisition de la citoyenneté, on ne peut forcer quelqu'un à opter pour le plus difficile des deux. Pourtant, un représentant du ministère est venu ici la semaine dernière recommander que nous le fassions et il a expliqué pourquoi: Nous n'avons pas besoin du projet de loi S-17 parce que nous avons une formalité de réintégration dans la citoyenneté qui est simple. Permettez-moi de dire qu'il n'a pas été simple de réunir le contenu de ce cartable. La décision *Glynos* leur a déjà dit ce qu'ils doivent faire dans un cas comme celui-là, mais ils ne saisissent pas vite.

J'aimerais qu'on accorde autant d'attention aux Canadiens oubliés que lorsqu'on accorde la citoyenneté à titre honorifique à un épaulard au large de la côte de la Colombie-Britannique ou à un ancien insurgé d'Afrique du Sud. J'aimerais qu'on leur accorde autant d'attention qu'on en a accordé récemment aux restes profanés d'une grue blanche d'Amérique qui n'avait plus qu'une aile et qu'on a rendue à un musée des Territoires du Nord-Ouest parce qu'après tout elle venait du Canada et y avait sa place. Le gouvernement a lutté pendant de nombreuses années pour ravoir cette grue blanche. Jusqu'à maintenant, le ministère de la Citoyenneté s'est toujours opposé à l'idée même que nous puissions même de loin être considérés comme l'un ou l'autre de ces groupes.

M. Don Chapman, témoignage à titre personnel: Le Canada semble avoir un problème d'identité. Au pays on ne semble pas bien savoir ce qu'est un citoyen canadien, et quand vient l'heure de dire qui n'est pas Canadien, évidemment c'est un canadien oublié. C'est une véritable honte pour le Canada. Quel genre de parents renient leurs propres enfants?

Le ministère a constamment affirmé que nous n'étions pas des citoyens. Il manque de constance sur presque tout le reste. Je m'occupe de cette affaire depuis plus de 30 ans — essayer de revenir dans mon pays. J'ai créé un site Web du temps du

more lost Canadian people than anyone else. I am so ashamed of Canada. These are wonderful people who are Canadians and you have turned your back on your own.

My father died three months ago. He was not even able to be a member of the Canadian Legion. I know you are a cardiologist, Senator Keon, and my father was an orthodontist. He left the practice because he had arthritis in his hands. It was not because he wanted to depart from Canada; it was quite the opposite, because we kept our ties.

We are guilty only of having a father who took out citizenship in another country when we were minor children. We are guilty of being in love with our homeland. Sometimes I ask why in the world I am doing this. I was so lucky. I have come to know some of the Tuskegee Airmen, a contingent of black pilots who flew in World War II. Several of them flew for the Canadian Air Force. Last July, and again about one month ago, I was at one of their conventions. I keep asking them about after the war, when they were in France, where they were treated so well, and yet they returned to the United States of the 1940s, when being black was not the same as it is now. I asked them why they did it. I related so well. They said they did it because they had to correct it for the next generation. There was something wrong in their country and they could not turn their backs on it.

With that, I look around the table at five female senators. If you cannot facilitate change, then pack your bags and go home. You are here now because of five other women, as honoured in the statue to the north side of this room.

Senator Fairbairn: You are right.

The Deputy Chairman: Senator Fairbairn sponsored that and I seconded it in the Senate, by the way.

Mr. Chapman: You are here because of them. By the way, Mr. Bosdet is a landed immigrant, I am a landed immigrant, and Ms. Magali Castro-Gyr is now a citizen, but her brother is stateless. We are not here because we could not get in, but I know many people who could not. If you had childhood diabetes or leukemia you would fail the medical and not get in. You are here because someone took a stance, and I admire that. Look what Canada got. They took a risk by letting women in and what did you get? — Senator Callbeck, the first premier; and Senator Robertson, the first cabinet member from New Brunswick. Why not? Read the plaque on that statue and read the Citizenship Act, 2004. There is about 60 years' difference in time. These laws were written in more barbarous times and they are not relevant today. That is true of the act that classified married women, children, lunatics and idiots with the same disability. Today, Canada has changed the law for everyone but the one group who could not speak for themselves.

prédécesseur du dernier ministre de l'Immigration et je connais probablement plus de Canadiens oubliés que quiconque. Le Canada me fait tellement honte. Ce sont des gens formidables qui sont Canadiens et vous reniez les vôtres.

Mon père est mort il y a trois mois. Il n'a même pas pu devenir membre de la Légion canadienne. Je sais que vous êtes cardiologue, sénateur Keon, et mon père était orthodontiste. Il a renoncé à son métier parce qu'il souffrait d'arthrite aux mains. Ce n'était pas parce qu'il voulait quitter le Canada; c'était plutôt le contraire, puisque nous y avons gardé des liens.

Nous ne sommes coupables que d'avoir eu un père qui a pris la citoyenneté d'un autre pays quand nous étions enfants. Nous sommes coupables d'avoir été épris de notre patrie. Parfois, je me demande pourquoi bon sang je fais cela. J'ai eu tellement de chance. J'ai connu certains des aviateurs Tuskegee, un contingent de pilotes noirs de la Seconde guerre mondiale. Plusieurs d'entre eux ont volé pour l'Aviation canadienne. En juillet dernier, et le mois dernier, j'ai assisté à leur congrès. Je leur demande toujours ce qu'il est arrivé après la guerre, quand ils étaient en France, où on les a si bien traités, et pourtant ils sont rentrés aux États-Unis dans les années 40, à une époque où être Noir, ce n'était pas comme aujourd'hui. Je leur ai demandé pourquoi ils l'avaient fait. Je les comprenais tellement. Ils ont dit que c'était parce qu'ils devaient corriger la situation pour la prochaine génération. Il y avait quelque chose qui n'allait pas dans leur pays et ils ne pouvaient pas en faire fi.

Cela dit, je vois qu'il y a cinq sénatrices ici présentes. Si vous ne pouvez pas faire changer les choses, alors prenez vos affaires et rentrez chez vous. C'est grâce à cinq autres femmes que vous êtes ici, des femmes en l'honneur desquelles on a érigé un monument au nord de la salle où nous nous trouvons.

Le sénateur Fairbairn: C'est juste.

La vice-présidente: C'est le sénateur Fairbairn qui avait présenté cette proposition et je l'ai appuyée au Sénat, soit dit en passant.

M. Chapman: C'est grâce à elles que vous êtes ici. À propos, M. Bosdet est un immigrant reçu, je suis immigrant reçu et Mme Magali Castro-Gyr est maintenant citoyenne, mais son frère est apatride. Nous ne sommes pas ici parce que nous ne pouvions pas être admis, mais je connais bien des gens qui ne le pouvaient pas. Ceux qui étaient atteints de diabète infantile ou de leucémie ne satisfaisaient pas aux critères médicaux et n'étaient pas admis. Vous êtes ici parce que quelqu'un s'est affirmé, et c'est quelque chose que j'admire. Regardez ce qu'a obtenu le Canada. On a eu l'audace d'admettre des femmes et qu'est-ce que cela a donné? Le sénateur Callbeck, première ministre; et sénateur Robertson, premier membre du cabinet du Nouveau-Brunswick. Pourquoi pas? Lisez la plaque au bas de cette statue et lisez la Loi sur la citoyenneté de 2004. Une soixantaine d'années se sont écoulées entre les deux. Ces lois ont été écrites en des temps plus barbares et elles n'ont plus leur raison d'être aujourd'hui. C'est le cas de la loi qui mettait sur le même pied les femmes mariées, les enfants, les lunatiques et les idiots. Aujourd'hui, le Canada a changé la loi pour tout le monde sauf pour le groupe qui ne pouvait pas s'exprimer.

Thank you for saying that you have heard me but do not want this publicity, although I will not go away. I am high on the radar. We do not know if my brother and sister are Canadians yet but we think they are. They are either stateless or they are Canadians. This law has split families so badly. We have cases where the parents are now Canadians and the children are not. We have cases where the children are Canadians but the parents are not. To resume my citizenship and show my commitment to Canada, I had to leave my mother, who was widowed three months ago. I told her that I love her but I had to show commitment to Canada.

We do not have time for more so I will conclude this way. To show you how totally unfair this, allow me to say that I could have bought my way into Canada. This is not right. This is a country of equality. A year and one-half ago, an American gave a \$1-million donation to a museum in Quebec, and about two weeks later he received a call from Jean Chrétien to say, "Thank you. Would you like your citizenship?" The gentleman said, "No, you have to be kidding. I never even thought of that." Within one month, he was a full-bred Canadian citizen. How does that make me feel?

My family has given more than four times that much. There are 1,000 students going to school right now because of my family. That is my great, great uncle. That is an original picture of him on the Supreme Court of Canada. This is a picture of him and the Fathers' of Confederation. The house that Pugwash built. You have one senator who is very interested in the Pugwash conference. That is my great, great grandfather's house. That is a picture of me in the *Vancouver Sun*. I was playing hockey when I was a kid. I am so tied to this country; I have never been an American.

Mr. Bosdet: That is the truth, because half the time I try to reach him at home, he is either playing a hockey game or not at home.

Mr. Chapman: This is something that is important for Canada because it is no different from the Famous Five. Sometimes, you have to take a risk. This is a citizenship issue.

Last is the issue of the Canadian Bill of Rights, 1960. Canada is in violation of so many international laws here and the UN is about to cite Canada on this one for being in violation of the 1991 Convention on the Rights of the Child. They have to live up to obligations. The 1960 Bill of Rights, which either was ignored last week or forgotten but is huge, gave equal rights to children, and there were only three ways to lose your citizenship. None of us did any of them. Canada is ignoring its own laws. Thank you. I am at the Sheraton Hotel tonight. Call me. I can stay tomorrow. I can do anything you like. This is my country; it is too good a country to allow two classes of people like they had in Germany, one with rights, one without. Thank you.

The Deputy Chairman: Thank you very much, Mr. Chapman.

Merci d'avoir dit que vous m'avez entendu, mais je ne voulais pas cette publicité, même si je ne disparaîtrai pas. Je suis très visible. Nous ne savons pas si mon frère et ma soeur sont Canadiens encore, mais nous pensons qu'ils le sont. Ils sont soit apatrides, soit Canadiens. Cette loi a très cruellement séparé des familles. Nous connaissons des cas où des parents sont maintenant Canadiens, mais non les enfants. Nous connaissons des cas où les enfants sont Canadiens, mais non leurs parents. Pour réintégrer la citoyenneté canadienne, montrer mon attachement au Canada, j'ai dû quitter ma mère, qui est devenue veuve il y a trois mois. Je lui ai dit que je l'aimais mais que je devais aller montrer mon attachement au Canada.

Il ne nous reste plus de temps et je vais conclure. Pour vous montrer à quel point tout cela est injuste, permettez-moi de dire que j'aurais pu payer mon admission au Canada. Ce n'est pas juste. C'est une terre d'égalité. Il y a un an et demi, un Américain a fait un don de 1 million de dollars à un musée au Québec et deux semaines plus tard, il a reçu un appel de Jean Chrétien qui lui disait: «Merci. Voudriez-vous la citoyenneté?» L'homme a dit: «Non, vous rigolez. Je n'y avais jamais pensé». En moins d'un mois, il était pleinement reconnu citoyen canadien. Qu'est-ce que cela me fait, pensez-vous?

Ma famille en a donné plus du quadruple. Il y a un millier d'étudiants qui poursuivent des études en ce moment grâce à ma famille. C'est mon arrière grand-oncle. C'est une photographie originale de lui à la Cour suprême du Canada. C'est une photographie de lui et des pères de la Confédération. La maison que Pugwash a bâtie. Il y a un sénateur que la conférence de Pugwash intéresse beaucoup. C'est la maison de mon arrière-arrière grand-père. C'est une photographie de moi au *Vancouver Sun*. Je jouais au hockey quand j'étais enfant. Je suis tellement attaché à ce pays; je n'ai jamais été Américain.

M. Bosdet: C'est la vérité, parce que la moitié du temps quand j'essaie de le joindre chez lui, il est soit parti jouer au hockey, soit ailleurs.

M. Chapman: C'est quelque chose d'important pour le Canada et c'est comme les célèbres Cinq. Parfois, il faut oser. C'est une question de citoyenneté.

Enfin, il y a la question de la Déclaration canadienne des droits, de 1960. Le Canada enfreint de nombreuses lois internationales et l'ONU est en train de reprocher au Canada d'avoir enfreint la convention relative aux droits de l'enfant adoptée en 1991. Il doit respecter ses obligations. La Déclaration des droits de 1960, dont on a fait fi la semaine dernière ou qu'on a oubliée, mais qui demeure importante, a reconnu des droits égaux aux enfants, et il n'y avait que trois moyens de perdre sa citoyenneté. Aucun de ces moyens ne correspond à nos situations. Le Canada fait fi de ses propres lois. Merci. Je suis à l'hôtel Sheraton ce soir. Appelez-moi. Je peux rester demain. Je peux faire ce que vous voulez. C'est mon pays; c'est un trop bon pays pour qu'on y permette deux catégories de gens comme c'était le cas en Allemagne, où certains avaient des droits et d'autres pas. Merci.

La vice-présidente: Merci beaucoup, monsieur Chapman.

Senator Morin: Last week we were unable to get the number of lost Canadians. I know, Mr. Chapman, you have a Web site and a number of people have responded to it. Do you have a rough idea of how many people we are talking about here?

Mr. Bosdet: Mr. Chapman hears from a lot of people, as one would if one has a Web site. I wonder whether a more accurate barometer might be the people we know. In Southern California where I was living, I do not know how many scores of Canadians I knew. I was actually thinking at that time, how many of those people talked about returning to Canada? I could not think of any. I thought that was remarkable, but not so much so after I thought about it, because there were some different reasons for them to stay. Either they went there for a particular reason and became attached to the place, or they went there under one condition and now had family and friends and all the rest of it. I could not imagine that someone would not want to return. I thought, "All right. I can kind of understand it." I do not know how anyone could put a number on it.

Senator Morin: I am sorry about that but I would like to have a ballpark number.

The Deputy Chairman: Actually, this is a good, yes.

Senator Morin: Is it 1,000, 500,000, 50,000 or 550,000?

Mr. Chapman: If I had to take a wild guess, I would say about 100,000. There are probably 100,000 inside Canada. If you read the reports, there were people who did not know they were lost Canadians, living all their lives in Canada, until they applied for their pension. I know of one man right now living on the streets of Toronto, with no country and no social insurance number.

The Deputy Chairman: That is right.

Mr. Bosdet: There are many lost Canadians in Canada right now who do not realize it.

The Deputy Chairman: Yes.

Mr. Bosdet: I discovered a cousin's father, whatever that makes him relative to me, who was denied a pension. The only reason he got it eventually was because the minister who baptized him was still alive. This man was 70 years old and the minister was much older than that. He was really fortunate, because there were no records for that period in the county where he was born. There are many people like that. We have received e-mails from people who say they are worried and what do we think of their case. They are afraid to ask the government because of what they have heard about what other people have gone through.

The Deputy Chairman: There have been many cases cited in the newspaper as well as in Mr. Chapman's work.

Mr. Chapman: We even had one person abducted from Canada as a child who cannot get home. I have so many gut-wrenching stories. I am sorry we do not have the time.

Le sénateur Morin: La semaine dernière, nous n'avons pas pu obtenir le nombre de Canadiens oubliés. Je sais, monsieur Chapman, que vous avez un site Internet et que bien des gens vous ont ainsi contacté. Avez-vous une certaine idée du nombre de gens dont il serait ici question?

M. Bodet: M. Chapman communique avec beaucoup de gens, comme c'est le cas quand on a un site web. Je me demande s'il ne serait pas plus exact de nous en tenir aux gens que nous connaissons. Dans le sud de la Californie où je vivais, j'ai connu d'innombrables Canadiens. Je demandais en fait à l'époque combien de ces gens pensaient à rentrer au Canada. Je n'en voyais aucun. Je trouvais cela incroyable, mais pas tant que cela après y avoir réfléchi, parce qu'ils avaient d'autres raisons de rester. Soit qu'ils étaient venus là pour une raison donnée et s'étaient attachés à cet endroit, soit ils y étaient allés pour certaines raisons et avaient maintenant famille et amis et tout le reste. Je n'arrivais pas à imaginer qu'on ne veuille pas rentrer. Je me suis dit «Ça va. Je peux finalement comprendre.» Je ne vois pas comment on pourrait les dénombrer.

Le sénateur Morin: Je regrette, mais je m'attendais à ce que vous nous donniez un chiffre approximatif.

Le sénateur Morin: En fait, c'est un bon nombre, oui.

Le sénateur Morin: Est-ce 1 000, 500 000, 50 000 ou 550 000?

M. Chapman: Si je devais faire une supposition, je dirais environ 100 000. Ils sont probablement 100 000 au Canada. Si vous lisez les comptes rendus, il y a des gens qui ne savaient pas qu'ils étaient des Canadiens oubliés, qui ont vécu toute leur vie au Canada, jusqu'à ce qu'ils demandent leur pension. Je connais un homme qui vit maintenant dans la rue à Toronto, sans pays, sans numéro d'assurance sociale.

La vice-présidente: C'est vrai.

M. Bosdet: Il y a maintenant au Canada beaucoup de Canadiens oubliés qui ne le savent pas.

La vice-présidente: Oui.

M. Bosdet: J'ai retrouvé le père d'un cousin, peu importe son lien avec moi, qui n'a pas pu obtenir de pension. La seule raison pour laquelle il a fini par l'obtenir, c'est parce que le prêtre qui l'avait baptisé était toujours vivant. Cet homme avait 70 ans et le prêtre en question était beaucoup plus vieux. Il a eu vraiment beaucoup de chance, parce qu'on ne tenait pas de registre à l'époque dans le comté où il est né. Il y a beaucoup de gens dans cette situation. Nous avons reçu des courriels de gens qui disent être inquiets et nous demandent ce que nous pensons de leur cas. Ils ont peur de s'informer auprès du gouvernement en raison de ce qu'ils ont entendu au sujet de ce qu'ont subi d'autres personnes.

La vice-présidente: Beaucoup de cas ont été cités dans les journaux de même que dans l'ouvrage de M. Chapman.

M. Chapman: Nous avons même eu connaissance du cas d'une personne qui avait été enlevée du Canada quand elle était enfant et qui ne peut pas rentrer au pays. J'aurais tellement d'histoires déchirantes à vous raconter. Je regrette que nous n'en ayons pas le temps.

The Deputy Chairman: What is your Web site address?

Mr. Chapman: My website is www.lostcanadian.com. There is also www3.tellus.net/IamCanadian.

I would love to come back here to explain to you, because these are gut -wrenching stories. My dad was a colonel for Canada in World War II. He died not being able to be a member of the Canadian Legion. Senator Graham says the Senate is the place where you hold the level of justice. This is what this is here for, for people who have been overlooked. This is so clear-cut a case. I am sorry that Senator Morin did not hear this, but the average lost Canadian is 20 per cent better educated than the average American and makes twice as much. You are gaining, not losing. This will be a boon to you.

You need people. Here they are.

The Deputy Chairman: You looked at the testimony last week, when we had the departmental people here. There was a healthy degree of skepticism around this table in our questioning of the officials.

Mr. Chapman: Thank you. You have to go. I understand that. I will be at the Sheraton Hotel tonight. I could make myself available. Whatever you want.

The Deputy Chairman: We will be dealing with this piece of proposed legislation again next week, but I do not think we could have asked any more questions that would have been more enlightening than your presentation.

Mr. Chapman: I have a ton. One would be about Paul Martin recently defending the Kadhafi family, saying that criminality is one thing; citizenship is another. I was a citizen of this country. I never vowed citizenship anywhere else. I never vowed citizenship to the United States.

The Deputy Chairman: That was one of my problems with the testimony of the departmental officials. They were treating it as an immigration situation and this is clearly a citizenship issue.

Mr. Chapman: Look at the Canadian Bill of Rights.

The Deputy Chairman: I have it hanging on my wall, because a Prime Minister that I once worked for brought it in.

Mr. Chapman: One, you had to be able to make a decision. However, a minor child is not able to make a decision. Two, you had to volunteer to give it up, which I did not. Three, if they revoked it, you had to have a hearing and due process. I never had it.

The Deputy Chairman: Exactly.

Mr. Chapman: You could not have spanked your child back then. Children had rights. People say that my father knew what he was doing. Almost without exception, everyone I come across has

La vice-présidente: Quelle est l'adresse de votre site Web?

M. Chapman: Mon site Web est le www.lostcanadian.com. Il y a aussi www3.tellus.net/IamCanadian.

J'aimerais beaucoup revenir pour vous donner plus d'explications, car ce sont des histoires à vous fendre le coeur. Mon père a été colonel dans l'Armée canadienne pendant la Seconde Guerre mondiale. Il est mort sans avoir pu devenir membre de la Légion canadienne. Le sénateur Graham affirme que la justice est l'une des valeurs du Sénat. C'est la raison d'être du Sénat que de défendre ceux qui ont été négligés. C'est manifestement le cas en l'occurrence. Je suis désolé que le sénateur Morin ne soit pas là, mais le Canadien oublié moyen est de 20 p. 100 mieux instruit que l'Américain moyen, et il gagne deux fois plus. Vous avez tout à gagner. Ce sera un atout pour vous.

Vous avez besoin de gens, eh bien, les voici.

La vice-présidente: Vous avez lu le témoignage des représentants du ministère que nous avons accueillis la semaine dernière. Vous avez sûrement pu constater le scepticisme dont ont fait preuve les membres du comité dans leurs questions à ces fonctionnaires.

M. Chapman: Merci. Vous devez partir, je le sais. Je serai à l'hôtel Sheraton ce soir. Je suis à votre disposition, si vous voulez me rencontrer de nouveau.

La vice-présidente: Nous reprendrons notre étude de ce projet de loi la semaine prochaine, mais je ne crois pas que les questions que nous aurions pu poser auraient été plus éclairantes que votre exposé.

M. Chapman: Moi, j'ai un tas de questions. Je me demande notamment pourquoi Paul Martin a récemment défendu la famille Kadhafi et affirmé que la criminalité, c'est une chose, et que la citoyenneté en est une autre. Moi, j'étais citoyen de ce pays. Je n'ai jamais voulu être citoyen d'un autre pays. Je n'ai jamais prêté serment pour devenir citoyen américain.

La vice-présidente: C'est une des réserves que j'avais après avoir entendu le témoignage des fonctionnaires. Ils estiment que cette situation relève de l'immigration, alors que c'est manifestement une question de citoyenneté.

M. Chapman: Pensez à la Déclaration canadienne des droits.

La vice-présidente: Elle est sur mon mur, car nous le devons à un premier ministre pour qui j'ai travaillé.

M. Chapman: Premièrement, il fallait être habilité à prendre cette décision. Or, un mineur n'est pas habilité à prendre une telle décision. Deuxièmement, il fallait accepter de plein gré de renoncer à sa citoyenneté canadienne, ce que je n'ai pas fait. Troisièmement, si votre citoyenneté est révoquée, vous avez droit à une audience et à l'application régulière de la loi, ce que je n'ai jamais eu.

La vice-présidente: Exactement.

M. Chapman: Vous n'auriez pas pu donner la fessée à votre enfant à l'époque. Les enfants avaient des droits. Les gens disent que mon père savait ce qu'il faisait. Presque sans exception, tous

said, "We were told we could always go back." The borders were fluid back then. Read my stories. Please, contact me. I will answer any questions.

The Deputy Chairman: You should know that Senator Kinsella has done a very good job of acquainting us with your story.

Mr. Chapman: Thank you.

The Deputy Chairman: Your case is very familiar, even though we did not have a lot of time today — again, my apologies. As you can see by this mental health study that we are doing, we have some very compelling issues before us. I am very sorry we did not have the time to properly question you.

Mr. Chapman: By the way, Marlene Jennings, an M.P., was born in Canada to an American father. I was born in Canada to a Canadian father, who became an American. Why is she Canadian and I am not? There is such incredible inconsistency.

The Deputy Chairman: That is a good question, which ends the session.

Thank you again, Mr. Bosdet and Mr. Chapman. Once again, I express my apologies.

The committee adjourned.

ceux à qui j'ai parlé m'ont répondu qu'on leur avait dit qu'ils pourraient toujours rentrer au pays. À l'époque, les frontières étaient poreuses. Lisez ces histoires. N'hésitez pas à communiquer avec moi. Je répondrai à toutes les questions.

La vice-présidente: Je vous signale que le sénateur Kinsella nous a très bien informés de votre cas.

M. Chapman: Merci.

La vice-présidente: Nous connaissons bien votre cas, même si nous ne vous avons pas consacré beaucoup de temps aujourd'hui, et, encore une fois, je m'en excuse. Comme vous avez pu le voir, dans notre étude sur la santé mentale, des questions très importantes sont soulevées. Je suis désolée que nous n'ayons pas eu suffisamment de temps pour vous interroger convenablement.

M. Chapman: Soit dit en passant, Marlene Jennings, qui est députée, est née au Canada d'un père américain. Moi, je suis né au Canada d'un père canadien qui est ensuite devenu américain. Pourquoi est-elle canadienne et moi pas? C'est une incohérence insensée.

La vice-présidente: C'est une excellente question qui met fin à notre séance.

Merci encore, messieurs Bosdet et Chapman. Encore une fois, je vous présente mes excuses.

La séance est levée.

From Human Resources and Skills Development Canada:

Bill Cameron, Director General, National Secretariat on Homelessness;

Marie-Chantal Girard, Strategic Research Manager, National Secretariat on Homelessness.

As individuals:

Pat Capponi;

Don Chapman;

Charles Bosdet.

De Ressources humaines et Développement des compétences Canada:

Bill Cameron, directeur général, Secrétariat national pour les sans-abri;

Marie-Chantal Girard, gestionnaire de la recherche stratégique, Secrétariat national pour les sans-abri.

À titre personnel:

Pat Capponi;

Don Chapman;

Charles Bosdet.



If undelivered, return COVER ONLY to:

Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Wednesday, April 28, 2004

From the Alberta Mental Health Board:

Ray Block, Chief Executive Officer;

Sandra Harrison, Executive Director, Planning, Advocacy & Liaison.

From the Nova Scotia Department of Health:

Dr. James Millar, Executive Director, Mental Health and Physician Services.

From the British Columbia Ministry of Health Services:

Irene Clarkson, Executive Director, Mental Health and Addictions.

Thursday, April 29, 2004

From the Correctional Service of Canada:

Larry Motiuk, Director General, Research;

Françoise Bouchard, Director General, Health Services.

From Simon Fraser University:

Margaret Jackson, Director, Institute for Studies in Criminal Justice Policy (by videoconference).

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mercredi 28 avril 2004

Du Alberta Mental Health Board:

Ray Block, directeur général;

Sandra Harrison, directrice exécutive, Planification, défense des droits et liaison.

Du ministère de la Santé de la Nouvelle Écosse:

Le Dr James Millar, directeur exécutif, Santé mentale et services aux médecins.

Du ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique:

Irene Clarkson, directrice exécutive, Santé mentale et toxicomanie.

Le jeudi 29 avril 2004

Du Service correctionnel du Canada:

Larry Motiuk, directeur général, Recherches;

Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé.

De l'Université Simon Fraser:

Margaret Jackson, directrice, Institut d'études en politiques de justice pénale (par vidéoconférence).

(Suite à la page précédente)